FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1904 N° 576

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 23 juillet 1904, à 1 heure

PAR

Albert-William-Benjamin BALL

Ancien interne des hôpitaux

DE LA PERFORATION DE L'ESTOMAC

AU COURS DES

Ulcères latents ou méconnus

ÉTIOLOGIE, CLINIQUE & DIAGNOSTIC

Président : M. CHANTEMESSE, *Professeur.*

Juges : MM. BALLET, *Agrégé.*
LANGLOIS, *Agrégé.*
GOUGET, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1904

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	N...
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND TERRIER.
Clinique chirurgicale	BERGER. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agreges en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT.
BROCA Andre.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DEGREZ.		RICHAUD.	WURTZ.
DUPRE.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

LE DOCTEUR CHANTEMESSE

Professeur à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE PÈRE,

LE DOCTEUR BENJAMIN BALL

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hopitaux et de l'Asile Sainte-Anne,
Membre de l'Académie de Médecine.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Dr Lucas-Championnière (Externat 1895-96, Hôpital Beaujon).

Dr G.-H. Roger (Externat 1896-97, Hôpital d'Aubervilliers).

Dr Giraudeau (Externat 1897-98, Hôpital Tenon).

Dr Dreyfus-Brissac (Externat 1898-99, Hôpital Lariboisière).

Dr Josias (Internat 1900-1901, Hôpital Trousseau et Monitorat de Trachéotomie, Hôpital Bretonneau).

Dr Dreyfus-Brissac (Internat 1901-1902, Hôpital Lariboisière).

Dr Gérard-Marchant (Internat 1902-1903, Hôpital Boucicaut).

Dr Faisans (Internat 1903-1904, Hôtel-Dieu).

INTRODUCTION

Au cours de notre internat, nous avons observé ou connu par nos collègues un certain nombre de perforations de l'estomac, suites d'ulcère, où le diagnostic précoce, qui aurait peut être permis de sauver le malade, ne put être fait, à cause de l'insuffisance des symptômes ; de plus, les antécédents manquaient complètement ou à peu près, de telle sorte qu'en *pleine période de perforation*, les malades étaient laissés en chirurgie sans intervention, ou envoyés en médecine par suite d'erreurs de diagnostic.

Il nous a paru, alors, qu'il pourrait être utile d'envisager, à part et en détail, les points qui, dans cette question, intéressent le plus à la fois le médecin et le chirurgien, c'est-à-dire l'*étiologie*, la *clinique* et surtout le *diagnostic* des perforations de l'estomac au cours des ulcères *latents* ou *méconnus*.

En effet, bien des médecins encore méconnaissent ou oublient, au cours de manifestations abdominales, la perforation de l'ulcère latent ou reconnu; bien des chirurgiens temporisent, croyant avoir affaire à une appendicite

à refroidir, ou à toute autre cause devant bénéficier de l'attente. Ces erreurs ou temporisations sont d'autant plus regrettables, que souvent *une intervention immédiate aurait pu sauver le malade.*

C'est donc au plus haut point, une question de *diagnostic d'urgence*, aussi bien pour l'interne de garde à l'hôpital que pour le médecin dans sa clientèle. Le diagnostic est relativement facile quand le malade a un passé gastrique nettement établi, ce qui n'empêche pas de fréquentes erreurs ; mais il est autrement difficile lorsqu'il s'agit d'ulcères ayant évolué sans bruit, au milieu d'une santé parfaite en apparence, ou avec des symptômes gastriques si légers que le sujet n'y a attaché aucune importance, et qu'il a négligé d'en parler à son entourage ; il n'en instruirait même pas le médecin sans un interrogatoire précis et pressant, dirigé de ce côté même, et que l'état du malade ne permet souvent de faire qu'après l'opération. Avant comme après celle-ci, on suit le sens contraire de l'interrogatoire habituel, qui va de l'ulcère connu à la perforation possible ; on part de la perforation supposée par l'examen, ou vue par la laparatomie, pour rechercher s'il n'y a pas eu des signes gastriques antérieurs, quelques légers qu'ils aient pu être ; leur importance, surtout de curiosité après l'intervention, sera *capitale* avant celle-ci ; mais d'ordinaire, on se renseigne insuffisamment au point de vue de l'estomac, et on l'écarte, ou, plus souvent encore, on l'oublie complètement.

La perforation d'un point quelconque du tube digestif dans l'abdomen ne donne malheureusement lieu à aucun

symptôme pathognomonique en tant que perforation en général : à plus forte raison la perforation de l'estomac en particulier. L'expérience de ces dernières années semble prouver, cependant, que par l'union de tous les points qui doivent être successivement abordés dans l'interrogatoire et dans l'examen, on peut arriver en *temps utile* à un diagnostic presque certain, tout au moins plus fréquemment que jusqu'ici.

C'est donc cette étude que nous avons entreprise, en groupant ici tous les cas de perforations au cours d'ulcères latents dont nous avons pu avoir connaissance ; nous y avons joint les perforations d'ulcères méconnus : en effet, la limite entre la latence et la méconnaissance de l'ulcère est vague, difficile à établir, variable suivant les auteurs. Personnellement nous croyons la méconnaissance fréquente, la latence absolue extrêmement rare (1) : ce qui nous permet de penser que l'on pourra de plus en plus aboutir à un diagnostic exact, à l'aide d'une étiologie et d'une symptomatologie de chaque point desquelles on aura tiré *tout* le parti possible.

(1) Nous parlons de la latence véritable, de celle qui persiste après un interrogatoire complet, dans le sens gastrique.

Au moment de terminer nos études médicales, que notre père, le professeur Ball, nous fit commencer quelques mois avant sa mort, nous remercierons ici tous ceux qui ont bien voulu nous y diriger : MM. les docteurs Lucas-Championnière, Roger, Giraudeau, Dreyfus-Brissac, dont nous fûmes l'externe ; Josias, Dreyfus-Brissac, Gérard-Marchant, Faisans, dont nous fûmes l'interne.

Nous les prions tous ici de croire à notre profonde reconnaissance pour les conseils excellents qu'ils nous ont donnés au cours de nos études.

Que M. le professeur V. Cornil nous permette de le remercier encore une fois de la bienveillante et affectueuse sympathie qu'il nous a toujours témoignée, en mémoire de son ami le professeur Ball.

Le professeur Chantemesse, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous permettra de lui présenter nos respectueux remerciements.

En ce qui concerne notre thèse, nous remercions tout particulièrement M. le professeur agrégé Mauclaire, qui nous a aidé de ses conseils, le docteur Londe et nos collègues Cauchoix, Gaudemet et Clément Simon, qui nous ont communiqué leurs observations.

La plus grande partie des observations antérieures à 1896, que nous relatons d'autre part, avait été déjà réunie par Choppin dans sa thèse (1).

(1) Choppin, De la perforation de l'ulcère latent de l'estomac, *Thèse*, Paris 1896.

DÉFINITION

Définition de la perforation. — Pour Brinton (1) elle est constituée par une rupture des parois de l'estomac permettant au contenu de l'organe de se répandre dans la cavité péritonéale.

Cette définition ne concerne que la perforation qui se fait dans le péritoine, celle de l'*ulcère perforant* proprement dit, et élimine celle qui se fait au point où un organe quelconque, tel que le foie ou le pancréas, est venu adhérer, et dans lequel le travail ulcéreux se continue, souvent sans modification du tableau clinique.

Il s'agit plutôt là d'*ulcères pénétrants* que de véritables perforations (2).

Définition de l'ulcère latent et de l'ulcère méconnu. — Il est des malades qui n'ont jamais manifesté aucun phénomène gastrique, qui meurent d'une maladie aiguë ou chroque bien définie, et qui présentent à l'autopsie, ainsi que nous l'ont rappelé MM. les professeurs Cornil et Letulle, un estomac porteur d'un ou même de plusieurs ulcères, cicatri-

(1) Brinton, Traité des maladies de l'estomac 1870.

(2) Jeanne, La péritonite généralisée par perforation d'ulcère de l'estomac, *Normandie médicale*, octobre 1903, n° 19, p. 401.

sés ou en pleine évolution, et qu'aucun phénomène n'avait révélés pendant la vie.

Ces surprises sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement ; ce n'était cependant pas l'opinion de Brinton, qui disait n'avoir observé aucun cas où les antécédents aient absolument manqué, ni celle de Valleix (1) qui, plus affirmatif encore, pensait que l'ulcère est toujours accompagné de troubles gastriques accusés.

Ce sont donc ces ulcères qui méritent véritablement le nom de *latents*. Mais où s'arrête cette latence (2) ? Doit-on donc réserver ce nom de « latents », aux ulcères qui ne se manifestent absolument par aucun symptôme, et dont la trouvaille à l'autopsie est assez fréquente, où dont la première manifestation est une complication des plus graves ? Doit-on, au contraire, y ajouter les ulcères qui, accompagnés de phénomènes légers, sont passés inaperçus du médecin pour une cause ou pour une autre ? Il nous parait plus juste de garder à ce titre une signification nette, de le réserver aux ulcères de la première catégorie, et de donner aux autres, à ceux qui auraient pu être soupçonnés, le nom de *méconnus*.

(1) Valleix, *Guide du médecin praticien*, tome V, p. 161.

(2) On a publié sous ce titre des observations où les symptômes gastriques étaient assez accusés pour en changer complètement la signification. Mathieu, par exemple, a cité dans les *Arch. Gén. de Méd.* 1892, 1 mai, p. 525, sous le titre d' « ulcère rond *latent*, mort par perforation », un cas dans lequel le malade était atteint depuis longtemps de gastrite hyperchlorhydrique, pour laquelle il était en traitement : il présentait des éructations, des vomissements fréquents et des douleurs d'estomac parfois très vives.

Au point de vue clinique, cette question nous semble, en effet, présenter une réelle importance, en montrant de quelle utilité peut être l'anamnèse du moindre phénomène gastrique lorsqu'on se trouve en présence du syndrome de la perforation.

Nous croyons que l'on peut, comme on tend à le faire de plus en plus, rattacher à l'ulcère simple, les perforations de l'estomac, traitées jusqu'ici de spontanées (1).

HISTORIQUE

L'historique de nos connaissances sur l'ulcère, a été fort bien fait dans la thèse de Choppin. Nous nous contenterons de rappeler qu'avant les travaux de Cruveilhier (1838) et de Rokitansky (1842), qui firent de l'ulcère rond une maladie bien définie, on avait noté des ruptures spontanées de l'estomac qui semblent avoir été causées par des ulcères latents. Gastellier (Obs. I) en donna la première observation détaillée (1775) ; vinrent ensuite celles de Gérard (Obs. II, 1815) ; Rathelot (1819) ; Laisné, 1819; Chaussier (1818) qui montra l'importance médico-légale de ces perforations survenant en pleine santé ; Andral

(1) Ce n'est pas l'opinion de Revilliod, qui pense que l'estomac peut se rompre spontanément par distension gazeuse, ou sous la seule influence d'efforts musculaires violents, de vomissements répétés. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1885.

(1829) qui affirma qu'elles sont d'habitude conséquences d'ulcérations chroniques.

Lefèvre (1842), Rokitansky (1842), rapportent des cas de perforations au cours d'ulcères latents ; Cruveilhier décrit les symptômes de la complication, en même temps que ceux de l'ulcère chronique.

Peste en 1844 (Obs. IX), Lees (1851), Niemeyer (1865), Brinton (1870) ont tous parlé de cette modalité spéciale de l'ulcère rond et des deux complications si graves qui peuvent survenir brutalement : l'hémorragie et la perforation.

Depuis, l'on ne peut étudier l'ulcère sans noter sa forme latente dont la découverte à l'autopsie est, nous l'avons dit déjà, beaucoup moins rare qu'on ne le pense généralement.

L'opération pour perforation de l'estomac fut tentée pour la première fois, par Mickulicz en 1884 ; le premier succès appartient à Heussner (1892).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège de la perforation. — L'ulcère rond est surtout fréquent à la face postérieure, à la petite courbure et dans la région pylorique ; l'ulcère latent, dit Mayo Robson, est généralement situé près de la fin du cardia et tout près de la petite courbure. Dans l'un et l'autre cas, la perfoartion se rencontre le plus fréquemment à la face anté-

rieure (1) ; sur 80 de nos cas d'ulcères latents ou méconnus, le siège de la perforation était :

La face antérieure...	51 fois
La petite courbure...	17 fois
La face postérieure..	12 fois

Remarques. Perforations extra-peritonéales. — L'estomac peut se mettre en communication avec tous les organes voisins. Comme le dit Mathieu (2) « on peut à volonté multiplier les hypothèses et les combinaisons ».

Nous rappelons seulement ici que des ulcères latents se sont ouverts dans le péricarde, la plèvre, le poumon.

Nombre. — 1° Des *ulcères*, Il y a en général un ulcère et une perforation. Cependant, sur 41 ulcères latents terminés par perforation, Choppin (3) a trouvé 10 fois plusieurs ulcères. Nous-même, sur 88 obs., avons noté 14 fois 2 ulcères, 1 fois 3, 1 fois 4, 1 fois 5. Ce fut toujours

(1) Statistique de Choppin quant au siège des perforations dans les ulcères latents, sur 36 cas.

Face antérieure	20 fois
Petite courbure	7 fois
Pylore	2 fois
Face postérieure	3 fois
Cardia	1 fois
Face antérieure et postérieure..	3 fois

(2) Mathieu. In Dict Dechambre.

(3) Statistique de Choppin. Sur 41 cas d'ulcère latent terminés par perforation, il y avait 10 fois plusieurs ulcères ainsi répartis : Dans 5 cas, il y avait 2 ulcères; dans 3 cas il y avait 3 ulcères; dans 1 cas, il y avait 4 ulcères; dans 1 cas, il y avait 6 ulcères.

alors un des ulcères de la face antérieure le siège de la perforation (v. p. 197).

Nous avons constaté une fois la coïncidence d'un ulcère du duodénum (obs. 30).

2° Des *perforations*. Moynihan (1) a attiré l'attention sur la multiplicité des ulcères perforants. Pour lui, une double perforation se rencontre dans 20 p. 100 des cas. Les perforations multiples au cours d'ulcères latents ou méconnus, semblent plus rares. Nous avons pu cependant en recueillir 8 obs. sur 88 cas, c'est-à-dire 9 p. 100 (voy. p. 197); 7 fois, les perforations siégeaient en face l'une de l'autre, sur la paroi antérieure et postérieure. Dans un cas, les deux perforations se trouvaient sur la face antérieure (2).

Forme de la perforation. — Elle est ordinairement arrondie, quelquefois ovalaire. Ses bords sont taillés à l'emporte-pièce. La paroi stomacale est souvent indurée tout à l'entour.

Les adhérences de voisinage, anciennes ou nouvelles, sont fréquentes, en particulier avec la paroi abdominale antérieure et le bord inférieur du foie.

Du côté de la muqueuse, l'on trouve l'ulcère creusé en entonnoir, à bords taillés en gradins.

La perforation peut être introuvable, même à l'autopsie (3)

(1) Moynihan. Brit. méd., 1903, 2, p. 604.

(2) Obs. n° 70. Dieulafoy et Kahn.

(3) Cas de Collinet, *Soc. Anat. octo.* 1892 p. 634 de Schloffer, de Barker, de Moore et Price, etc.

Diamètre. — Dans les perforations en général, le diamètre, pour Brünner (1) serait supérieur à un centimètre dans la moitié des cas ; rarement inférieur à cinq millimètres, rarement supérieur à deux centimètres et demi.

Il existe une différence parfois très grande entre les dimensions de la perforation et celles de l'ulcère ; on ne peut donc conclure de l'une à l'autre. Il sera important de se le rappeler, pour ne pas suturer la perforation sur un terrain trop fragile.

Pour nos observations, le diamètre dans la plupart des cas, égalait celui d'une pièce de 0,50 centimes.

Conséquences de la perforation. — Deux cas peuvent se présenter. S'il ne se produit aucune adhérence protectrice, le liquide gastrique, épanché dans le péritoine, y provoquera une péritonite généralisée, rapidement mortelle, à moins que le malade ne meure comme sidéré, très peu de temps après la perforation.

Si, au contraire, il s'est formé des adhérences protectrices, entre l'estomac et les organes voisins, la perforation déterminera un abcès sous-phrénique de siège et de dimensions variables, pouvant se rompre à son tour et causer alors une péritonite généralisée.

Lorsque l'ulcère siège à la face antérieure, les adhérences se font rarement et la conséquence de la perforation est d'habitude la péritonite généralisée. Celle-ci semble être encore plus fréquemment la complication des

(1) Brunner, Deutsch. Zeit. f. chir. 1903, t. 69, p. 116.

ulcères latents ou méconnus, peut être à cause de leur réaction légère et de leur marche rapide.

Enfin, la perforation peut s'accompagner d'autres complications, en général secondaires à l'abcès ou pyopneumothorax sous phrénique : pneumonie, pleurésie purulente, pneumopéricarde, etc.

ETIOLOGIE

L'ulcère de l'estomac se rencontre surtout en Allemagne, en Amérique (Etats-Unis et Canada), et en Angleterre, ou, d'après Payne, sa fréquence augmenterait même d'année en année. Cette fréquence est variable suivant les auteurs : cela est dû, probablement, à ce que les uns comptent et les autres omettent, dans leurs statistiques dont ils comprennent différemment les limites, bien des cas de gastralgie, qui ne sont souvent autre chose que des ulcères à signes peu nets.

La moyenne des statistiques correspond à celle que donne Lebert (1860), 1 cas sur 200. La femme est atteinte beaucoup plus souvent que l'homme (1).

Rare dans l'enfance et la vieillesse, l'âge de prédilection pour l'ulcère de l'estomac est la 20e année chez la

(1) La moyenne des statistiques de Leube, de Pariser et de Brunner, qui portent sur 300 cas, donne 74 hommes contre 26 femmes pour 100.

femme ; chez l'homme, il apparait souvent entre 30 et 45 ans.

On en a cité plusieurs cas dans la même famille.

Perforation au cours d'ulcères latents et méconnus

Fréquence. — Les ulcères *latents* ne sont pas rares, quoiqu'il soit impossible d'en savoir le nombre. Il semble même, comme le dit Savariaud (1), que la latence soit le triste privilège des ulcères perforants et hémorragiques. Sur 43 cas d'ulcère hémorragique à antécédents notés, il constata huit fois l'absence complète des troubles gastriques antérieurs (soit un cinquième). Broadbent (2), analysant 50 cas de perforations de l'estomac, trouve que les troubles existant avant la perforation ont été nuls dans 3 cas, et dans 19 cas, constitués seulement par de la dyspepsie simple, sans douleurs nettes ni vomissements.

La perforation de l'estomac est précédée de symptômes d'ulcère de l'estomac dans 92 pour 100 des cas, d'après Weir et Forte (1896), 90 d'après Brunner (3).

Comme le dit le professeur Dieulafoy (4), la péritonite mortelle par perforation est *beaucoup plus fréquente* qu'on ne pense, chez des gens dont l'ulcère de l'estomac

(1) Savariaud. *Thèse*, Paris 1898 : *De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical*, p. 31.

(2) Broadbent. *De la perforation dans l'ulcère de l'estomac;* analyse de 50 cas de perforation. *Brit. méd. Journal*, 30 octobre 1897, p. 1.254.

(3) Brunner. Sur 286 cas de perforation d'ulcère de l'estomac, il constate 13 cas de perforation survenant en pleine santé, c'est-à-dire 4 1/2 pour 100.

(4) Dieulafoy. *Man. de pathologie interne*, 1900, t. 2, p. 322.

avait évolué sans douleur, sans hémorragies, sans vomissement, d'une façon latente ou presque latente.

Pour J.-L. Faure (1), « les péritonites consécutives à une perforation spontanée de l'estomac sont assez communes. Ce sont *peut-être les plus fréquentes* après celles qui suivent les perforations appendiculaires ou les ruptures de suppurations annexielles ».

Pourquoi ces accidents si graves sont-ils relativement fréquents au cours des ulcères latents ou méconnus ? Cela est peut être dû à ce que la lésion ulcéreuse est à son début, ayant évolué d'une façon aiguë, et qu'il n'a pu se produire de réaction protectrice ; pour l'ulcère méconnu comme le pense Savariaud, l'ulcère est probablement cicatrisé depuis longtemps, et le malade a oublié ses légères gastralgies d'autrefois.

Il est certain que dans ces deux modalités de l'ulcère, l'absence de symptômes amène l'absence d'un traitement qui aurait pu enrayer la marche de la maladie. Ici comme dans beaucoup d'autres cas pathologiques, ce sont les formes à symptômes atténués, les plus bénignes en apparence, qui sont en réalité les plus redoutables, parce que les précautions que l'on prend contre elle sont nulles ou insuffisantes.

Sexe. — Il est facile de comprendre que la perforation qui, d'après la moyenne des statistiques, se rencontre dans

(1) J.-L. Faure. Clinique chirurgicale de la Charité. *Semaine médicale*, 1901, p. 25.

8 1/2 p. 100 des cas d'ulcère (1), sera beaucoup plus fréquente chez la femme : deux fois plus que chez l'homme, environ. Cela est dû à sa plus grande fréquence, et peut-être, comme le fait remarquer Brinton, à la marche plus rapide de l'ulcère chez les jeunes femmes, ce qui conduirait plus souvent à la perforation et à ses suites (en empêchant la formation d'adhérences protectrices).

La statistique de Choppin donne 27 femmes sur 40 observations. La nôtre portant sur 88 cas d'ulcères latents ou méconnus, note 59 femmes, c'est-à-dire toujours les deux tiers.

Age. — La fréquence de la perforation correspond à la fréquence de l'ulcère, suivant l'âge. Pour Brinton, elle est plus fréquente chez la femme à moins de 30 ans, chez l'homme à plus de 40 ans.

Elle est très rare dans la vieillesse et dans l'enfance, surtout au-dessous de 10 ans (2).

(1) Cas d'ulcères, fréquence de la perforation :

Statistiques de	Brinton.....	13 0/0, en 1870
—	Michaux, à Paris..	3 à 5 0/0, — 1894
—	Debove et Remond...	13 0/0, — 1894
—	Pearce Gould.....	25 0/0, — 1895
—	Broadbent.....	6 0/0, — 1897
—	Leube.....	1 0/0,
—	Greenaugh et Joslin..	3 0/0, — 1899
—	Habershon.....	18 0/0, — 1901

(2) Quelques observations de perforation dans l'enfance ou la vieillesse :

Un homme de 72 ans : Myles, Lancet, 1899, 8 avril, p. 965.

Une femme de 71 ans : Korte, *Arch. f. Klin chir.* 1901, t. 63, p. 1.

Une fillette de 13 ans : *Méd. Times and Gazette*, 1872, t. 1, p. 220.

Une fillette de 9 ans : Johnston, cité par *Parsons. Brit. Méd. J.*, 1899, II. p. 1186.

Cade (*Lyon Médical*, 1897, t. 86, p. 297), a cité chez un enfant

L'étude de nos observations nous a donné, comme moyenne, 27 ans chez la femme et 29 chez l'homme.

Hérédité. — Si les cas d'ulcère de l'estomac dans la même famille sont peu fréquents, les cas de perforation sont extrêmement rares (1).

Causes prédisposantes. — Si les relations qui paraissent exister entre l'ulcère de l'estomac et la chloro-anémie, la tuberculose (2) et même les névroses (Gilles de la Tourette), ne semblent pas influencer la fréquence des perforations, il est possible, par contre, que certains métiers fatigants soient tout au moins la cause *occasionnelle* de celle-ci. Entre tous, celui de *servant* paraît le plus particulièrement exposé. Sur 4 cas de perforation de l'estomac cités par Nixon (3), 3 concernaient des jeunes domestiques ;

de 2 mois, une perfor. due à un ulcère de l'estomac du diam. de 0,50, siég. en dessus et en arrière du pylore, n'ayant donné que peu de symptômes.

(1) L'un des plus typiques est celui rapporté par Lucy et Whipple, Lancet 1902, I, p. 444, de deux sœurs qui firent, à des époques différentes, une perforation de l'estomac, suite d'ulcère.

Agées de 20 et de 16 ans, elles av. été soignées pour phén. dyspeptiques nets. Mais elles étaient en pleine santé, lorsqu'elles f. atteintes brusquement des signes de la perfor. de l'est. Toutes deux guérirent après opération.

Dans les 2 cas, la perfor. siégeait sur la petite courbure, près du cardia (le siège habituel est près du pylore) ; dans les 2 cas, elle se fit 3 h. 1/2 env. après le repas (l'intervalle est rarement aussi long). La quantité des aliments rép. dans le péritoine était considérable.

(2) Pour Jacksh (cité par Hayem et Lion), sur 5 ulcères, il y en a 1 chez un tuberculeux.

(3) C. Nixon, *Brit. Méd. J.*, 1902, I, 1145. Cet auteur explique cette particulière fréquence par la position *debout*, qui force à la mobilité constante la face antérieure de l'estomac et qui est prise tôt et quittée tard dans cette classe surmenée ; par les pressions, les mouvements exagérés, les fatigues, chez des sujets anémiés.

et dans les cas plus spéciaux qui nous occuppent, où ce point particulier était noté, nous avons pu constater sur 22 cas féminins, 17 servantes ; sur 14 masculins, 5 garçons de café et 4 travailleurs des champs.

Commémoratifs. — Ils sont complètement absents, dans l'ulcère latent ; dans l'ulcère méconnu, ils peuvent avoir consisté en troubles très légers du côté de l'estomac, en signes très atténués de l'ulcère, pourrait-on dire après coup, pièce en main, sur la table d'opération ou d'autopsie (1). C'est surtout la douleur épigastrique plus ou moins en rapport avec la période de fonctionnement de l'estomac ; quelquefois les vomissements alimentaires, très rarement l'hématémèse, qui est, du reste, de ces trois signes, celui qui manque le plus souvent, même dans l'ulcère confirmé.

Dans quelques cas, ont existé des troubles dyspeptiques assez marqués pour nécessiter un traitement, mais leur disparition absolue depuis des semaines, voire des années, et l'état de santé parfaite au milieu duquel ont éclaté les accidents, font écarter toute corrélation entre ceux-ci et les phénomènes dyspeptiques d'antan ; quelquefois, les malades présentèrent des troubles de péritonite localisée, qui firent penser à une perforation antérieure (2).

Dans d'autres cas encore, s'est présenté autrefois un

(1) Il arrive encore que l'on ne peut même obtenir ces vagues renseignements qu'après l'opération (obs. de Schuchardt, 45, 46 — de Folet, 80).

(2) Observ. de Richardson, Croisier, (V. Obs. VI), Haberling, *Münch. méd. Woch.*, 1901, p. 335.

signe isolé, dont l'éloignement n'attire pas l'attention (1).

Causes immédiates de la perforation : Celle-ci peut survenir à toute heure, et sans aucune cause occasionnelle appréciable. Cependant, la perforation, aussi bien dans l'ulcère latent que dans l'ulcère connu, se fait d'habitude quand l'estomac est *plein* ou modérément distendu (2). C'est donc le plus souvent après le repas que débuteront les accidents ; le temps qui s'écoule entre la fin de celui ci et le commencement de ceux-là est variable.

(Nous l'avons relaté 17 fois dans les 3 heures qui suivirent le repas de midi, 3 fois le matin, 3 fois la nuit).

Mais il est quelquefois des causes occasionnelles qui apparaissent plus nettement comme points de départ : un mouvement violent, un effort, surtout de vomissement ou encore de toux, d'éternuement, de défécation ; une chute dans un escalier, un coup violent sur la région épigastrique ; un effort pour soulever un rail, la réduction d'une hernie ombilicale ; l'effort fait en se baissant pour ramasser un objet, ou encore en balayant, ou même en marchant.

Ces mouvements violents, ces efforts, ces traumatismes nécessitent tous une forte tension de la paroi abdominale, dont on comprend l'influence sur un ulcère, presque tou-

(1) Notre observation personnelle ou une hématémèse isolée, survenue dix ans auparavant, fut interprétée trop tard pour intervenir utilement.

(2) La vacuité de l'estomac n'est pas cependant un préservatif absolu. Exemples de Mitschell : chez un malade alimenté par le rectum à cause d'hématémèses, et de Ziegler, chez un autre ayant subi une gastro-entérostomie deux jours plus tôt.

jours de la face antérieure, et tout prêt à se rompre. Mais les mouvements les plus usuels, les moins énergiques, ont été notés immédiatement avant la perforation : tels que se coiffer, s'habiller, monter dans son lit, mettre son châle ou son chapeau.

Enfin, le sommeil même ne met pas à l'abri de la perforation.

Malheureusement, il arrive souvent que toute recherche anamnestique est rendue impossible par l'état du malade qui arrive à l'hôpital, abattu, incapable de répondre, ou dans le collapsus ; le plus souvent seul, ou accompagné de gens dont on ne peut obtenir le moindre renseignement (1).

SYMPTOMES

Nous étudierons d'abord tous les symptômes séparément ; nous verrons ensuite quelle en est la fréquence, l'importance, et comment il se groupent pour dessiner deux ou trois périodes successives.

Douleur. — La *douleur* est le phénomène initial et dont la *constance* est presque absolue. Son début est dramatique, surtout dans ces cas d'ulcère latent ou méconnu, chez des gens en apparence de parfaite santé. Nous avons vu

(1) Trois cas cités par Guibal : *Rev. de chir.*. Ulcère perforant de l'estomac, 1904, n° 2, p. 262.

que l'acte le plus insignifiant pouvait se ranger parmi les causes provocatrices, et que, dans d'autres cas, la perforation semblait se faire d'elle-même, sans phénomène occasionnel.

Cette douleur (1), dûe à l'irruption brusque du contenu de l'estomac, ou peut être simplement à l'effraction totale de la paroi, est soudaine, vive, atroce.

C'est « le coup de poignard péritonéal » (Dieulafoy). Rien n'égale sa brutalité, ni l'angoisse qui l'accompagne. Et ici, comme le dit Michaux, « le calme antérieur rend son acuité pour ainsi dire plus saisissante. »

Quelquefois, c'est une sensation de brûlure, de rupture intérieure, le sentiment d'avoir avalé du feu, du verre. Presque tous souffrent au point de se rouler par terre en hurlant, ou restent cloués sur place, pliés en deux, craignant le moindre mouvement, refusant même de se mettre au lit, dans la crainte d'augmenter leurs tortures. Cette douleur peut diminuer, ou au contraire aller en croissant : c'est ce qui arrive le plus souvent.

Certains malades ont pu continuer leur travail, retourner chez eux, ou se rendre chez le médecin.

La douleur peut avoir un début moins violent, et ne de-

(1) Pour Dieulafoy (Manuel de pathologie interne, 1897, p. 245), la brusquerie et la violence des douleurs, ainsi que l'intensité et la généralisation de la péritonite, tiennent à la dimension de ces perforations et à la rigidité de leurs parois. Le trou est large et béant, les bords indurés n'ont aucune tendance à combler le vide, ainsi que pourraient le faire des tissus flasques : aussi les produits de la digestion, microbes et toxines, sont-ils rapidement déversés dans le péritoine en quantité considérable... »

venir brusquement très vive que quelques heures ou quelques jours plus tard.

Il s'agit ordinairement alors de péritonite lente et chronique (Gross).

Enfin, après avoir été très intense, elle peut s'amender en même temps que les autres symptômes, pour se réveiller avec eux plus tard. C'est ce qui arrive lorsque la perforation se fait dans une poche préétablie, et que celle-ci cède à son tour et permet l'inondation de la grande cavité (obs. 82).

L'ingestion de liquide, premier acte presque inconscient du torturé, exaspère la douleur, ce qu'on a proposé d'utiliser pour le diagnostic ; quelques auteurs, disent Hayem et Lion (1), ont en effet noté que si on fait *boire* le malade, il sent nettement, au début du moins, le liquide sortir de la cavité gastrique et s'épancher dans la séreuse. Ce moyen de diagnostic serait plus dangereux qu'utile.

Le *siège initial* de la douleur, ici comme dans les perforations de l'estomac en général, est l'épigastre ou son voisinage : la région ombilicale ou même l'hypochondre gauche (2). Elle semble, en effet, au début, être plus fréquente à gauche : Brünner, sur 106 cas où il est fait mention de la douleur, la note à gauche 86 fois.

Ce fait est probablement dû à la fréquence plus grande de la perforation dans le voisinage du cardia.

Dans la perforation de la région pylorique, la douleur

(1) In *Traité de médecine et de thérapeutique*, 1897, t. IV, p. 435.

(2) Nous avons constaté le siège initial : 12 fois à l'épigastre, 7 fois à l'hypochondre gauche, 7 fois à la fosse iliaque droite, etc.

siège plutôt à droite, comme dans la perforation du duodénum.

Mais, même limitée, la douleur dûe à la perforation de l'estomac peut siéger fort loin de la sphère gastrique : quelquefois dans le bas ventre (Walther) ou, plus souvent, vers l'une des fosses iliaques. Nous l'avons constatée 7 fois au niveau de la fosse iliaque droite.

Mitchell (1) l'a notée dans la région de l'appendice, de la vésicule biliaire, simulant la colique hépatique. Il cite même un cas où le début de la douleur eut lieu au niveau de la clavicule gauche.

Dès le début, cependant, la douleur peut être généralisée, avec ou sans maximun, en un point ou un autre, point d'ailleurs difficile à trouver, en raison de la contracture si fréquente de la paroi, et de l'intensité de la douleur. Chez ces malades qui souffrent un peu partout dans le ventre, la dissémination de la douleur est bien faite, comme on l'a dit, pour éloigner de l'idée qu'il s'agit d'une lésion localisée.

Et cependant, il faut se rappeler qu'on ne voit d'habitude le malade que lorsque la douleur s'est généralisée. Importera-t-il de rechercher avec soin où est actuellement et où a été le maximum de la douleur ? Oui, sans doute, pour la localisation probable de la cause, moins qu'on ne pourrait le croire, cependant. Phillip et Silcock (obs. 65), disent que la douleur a peu d'importance comme symptôme de localisation dans une maladie abdominale aiguë. Pour Griffiths (2) la connaissance de la position de la plus grande

(1) Mitchell, *Brit Méd. J.* 1900, 10 mars. p. 567.
(2) Griffiths, *Brit Méd. J.*, 10 mars 1900, p. 572.

intensité ne peut nous aider ; elle peut, au contraire, nous égarer souvent, comme tend à le prouver la fréquence des sièges anormaux signalés plus haut.

L'exploration par la palpation est difficile ; elle permet cependant assez souvent, de reconnaître l'existence d'un point plus douloureux qui prend une grande importance lorsqu'il *coïncide* avec le lieu de la douleur spontanée du début (1).

Cette sensibilité pathologique d'une région abdominale, l'épigastrique ici le plus souvent, peut donner lieu au phénomène intéressant de *défense* des muscles de cette région, qui ont une contraction rapide lorsqu'on les effleure avec le doigt, un crayon, tandis que la même recherche, au-dessous de l'ombilic, n'amène pas le même résultat.

La douleur primitive peut, outre sa généralisation à tout l'abdomen, présenter des *irradiations* dans des régions les plus diverses : la région claviculaire, l'épaule, l'omoplate, le bras. M. Faure (2) insiste tout particulièrement sur la douleur *thoracique* qui accompagne la péritonite par perforation de l'estomac. Pour lui, cette douleur peut siéger dans l'une ou l'autre épaule, dans la région interscapulaire, ou plus bas, en pleine colonne vertébrale. « Quand elle se localise très exactement au milieu, sur la colonne vertébrale, entre les deux épaules, il y a les plus grandes chances pour qu'elle soit consé-

(1) Dans l'observation de Kirkpatrick (n° 53) la perforation *correspondait* exactement avec le point maximum de la sensibilité.

(2) J.-L. Faure : clinique chirurgicale de la Charité : la douleur thoracique dans la péritonite par perforation de l'[illegible] de l'E. *Sem. Méd.* 1901, p. 25.

quence d'une perforation de l'estomac.... elle se distingue parfaitement de la douleur abdominale, qui, elle, se localise à l'ombilic, au bas ventre, aux fosses iliaques... elle peut disparaître, mais à l'interrogatoire se retrouve toujours comme ayant existé au début, ce qui lui conserve sa valeur diagnostique. »

Cependant, il reconnaît que la douleur thoracique peut être conséquence d'autres lésions de la région sus-ombilicale, de la vésicule biliaire ou du pancréas, par exemple.

Cette douleur, pour Faure, pourrait être rapportée au plexus pneumogastrique péri-œsophagien. Adamson l'explique par les rapports des nerfs splanchniques et des ganglions semi-lunaires avec les nerfs intercostaux, phrénique et plexus cervical.

Il est important de rappeler que l'emploi des opiacés, de la *morphine* surtout, peut faire disparaître complètement le symptôme capital : douleurs, et faire surseoir ainsi à une opération d'urgence extrême

Rétraction des parois abdominales. — La tension, la rigidité et souvent la rétraction sont des symptômes importants et presque constants de toutes les lésions intra ou extra abdominales graves (contusions). C'est un *mur* que la main qui explore trouve sous elle (1). Cette contraction des muscles de la paroi qui est surtout un phénomène réflexe, tend à restreindre le volume de la cavité, et à figer les viscères à leur place. Il y a donc *immobilité*

(1) Jeanne : la péritonite généralisée par perforation d'ulcère de l'estomac. *Normandie médicale*, 1903, p. 406.

absolue des parois abdominales, ainsi que du diaphragme, d'où arrêt de la respiration abdominale.

Les muscles grands droits sont particulièrement tendus, surtout dans leurs ventres supérieurs : au niveau de la région de la perforation, au-dessus de l'ombilic, au creux épigastrique ou sur les côtés de la ligne médiane. La *palpation*, même légère, augmente la souffrance, que la *pression* exaspère : « l'hyperexcitabilité superficielle est compagne de la douleur profonde. » (Jeanne).

Quelquefois, là où la contraction abdominale est le plus accusée, « existe une *nappe d'hyperesthésie* correspondante à un foyer de péritonite, où à un foyer hémorragique étendu. » (1).

On n'a pas encore pensé à rechercher s'il y avait, à cette période, diminution ou disparition du *réflexe cutané abdominal supérieur*,

D'après Roux, la rétraction des parois abdominales serait surtout prononcée « quand il s'agit de l'estomac, à cause de ses connexions intimes avec le diaphragme, ...qui, maintenu en expiration forcée par le même réflexe qui fait contracter les muscles de la paroi, attire l'estomac dans sa retraite. Ce dernier reste ainsi fixé, immobile, entre deux muscles tendus. »

Cette tension peut s'accompagner d'une rétraction plus ou moins marquée ; elle peut elle-même être inégale, l'un des muscles droits étant plus tendu que l'autre. (Obs. de Philippe et Silcork n° 65, où la tension du muscle gauche fait penser de préférence à l'estomac).

(1) Le Dentu : Diagnostic et traitement des perforations spontanées de l'estomac. *Bull. acad. méd.* 1897, p. 538.

La rétraction ne dure pas longtemps ; elle disparaît au plus tard après 24 heures, et souvent après 10 ou 12 heures seulement.

La contracture peut manquer, et le ventre rester souple ; mais cela est rare, et il est plus fréquent de la voir coïncider avec un ballonnement plus ou moins accentué. Ce ballonnement précoce est dû à la présence, dans l'abdomen, de gaz provenant de l'estomac ; le ballonnement tardif, lui, est dû à la péritonite ; le *relief* des anses intestinales distendues a été considéré comme signe de valeur, permettant de différencier la pneumatose péritonéale de la distension intestinale.

Dans nos observations, sur 35 cas où l'état du ventre est noté *au début*, celui-ci était ballonné légèrement 8 fois, rétracté 6 fois, tendu et dur 8 fois, normal 4 fois.

En résumé, la douleur et la rétraction sont à peu près les deux seuls signes que l'on trouve au début de la perforation.

Modifications de la matité hépatique. — On cherche depuis longtemps un signe qui pourrait permettre à temps, et avant la péritonite, un diagnostic *certain*, autorisant l'opération immédiate.

A. Flint, en 1882, lut à la Socité de médecine de New-York nn travail sur la péritonite, dans lequel il assurait qu'une perforation de l'estomac ou de l'intestin se traduisait par la présence de gaz libres dans le péritoine ; quelques-uns, s'insinuant entre la paroi abdominale et le foie, transformaient en sonorité la matité normale de la région hépatique.

Il ajoutait : « il existe du foie en avant de l'estomac, je puis affirmer qu'il ne s'agit pas d'une perforation de l'estomac ou de l'intestin. L'absence de cette matité, cependant, peut se produire sans qu'il y ait de gaz, car les côlons ascendant et transverse peuvent être grandement distendus et venir empiéter sur l'aire hépatique ».

Ce signe jouit d'une grande vogue pendant longtemps. Liebermeister l'appela même : « un signe pathognomonique de la rupture d'un viscère creux ».

Il s'est fait ensuite une réaction que traduisent bien ces paroles de Robson et Moynihan (1) : « quand il y a perforation de l'estomac, la matité hépatique est ordinairement absente, mais sa présence ou son absence sont dépourvues de signification, et ne peuvent en aucune façon aider au diagnostic ».

Evidemment, la vérité n'est ni d'un côté, ni de l'autre, et se tient dans un juste milieu. On doit accorder à la sonorité préhépatique l'importance qu'elle mérite, tout en se rappelant qu'on la trouve aussi en dehors des perforations.

Elle est surtout significative lorsqu'on la constate près du début ; il y a bien des chances pour qu'elle vienne alors des gaz issus de l'estomac et interposés immédiatement entre le foie et la paroi. Au bout de 24 heures, on ne doit plus lui attribuer la même valeur, car « elle provient alors des anses grêles distendues et refoulées vers la partie supérieure de l'abdomen, de la distension du côlon, sous l'influence de la péritonite commençante (2). »

(1) Diseases of the stomach.
(2) Gross. *Revue de chir.*

La matité hépatique, comme signe de perforation de l'estomac, est importante, surtout si elle remonte jusqu'au niveau de la ligne mamelonnaire (Schwartz) ; point intéressant : la matité, pour Le Dentu (1), peut persister quand la perforation est faite sur la face postérieure de l'estomac.

Quelles sont donc les autres causes qui peuvent déterminer la sonorité préhépatique ?

Elle peut être due à la simple distension du colon transverse (2), on a cité des cas d'interposition de l'intestin entre la paroi et le foie (3) ; donc, la tympanite peut être la seule cause du refoulement en haut du foie et du diaphragme, sans qu'il existe une perforation (Le Dentu).

Mitchell (4) assure qu' « il est arrivé à plusieurs médecins, après un examen soigneux de nombreux malades atteints de dyspepsie atonique, de gastrectasie, de constater la matité hépatique grandement diminuée, surtout en avant. »

On a cité d'autres cas encore où la matité hépatique manquait, sans qu'il y eut de perforation (Barker, Thompson, Toogood) (5).

(1) Le Dentu. *Loco cit.*

(2) Spencer. *Lancet*, 1898, t. II, p. 1477.

(3) Sur cette question :

A. Flint. *Soc. méd. de New-York*, 1882.

Mauclaire et Mouchet. *Soc. anat.*, 1896, p. 600.

Cohan. 4 cas. Recherches sur la situation du colon transverse. *Thèse*, Paris, 1897-98.

Viannay. *Lyon médical*, 1903, 8 février.

(4) Mitchell. *Brit. med. J.*, 10 mai 1900, p. 570.

(5) Voici le cas de Toogood. Disparition de la matité hépatique sans perforation. *Lancet*, 1898, II, p. 1477 : Un forgeron est pris

Steven et Allan (1) citent des cas de disparition de la matité hépatique sans perforation, sans changements dans les rapports du colon et de l'estomac, ce qui, pour eux, « pourrait être mis sur le compte de la quantité variable d'aliments contenus dans l'estomac, et de la distension de ses parois. »

Dans la perforation même de l'estomac, on comprendra facilement qu'elle puisse persister, lorsque des adhérences unissent plus ou moins intimement le foie à l'estomac, et à la paroi.

Phillips cite un cas bizarre de disparition et de réapparition alternatives de la matité hépatique, sans qu'on ait pu affirmer vraiment qu'il y eut perforation (2).

Enfin, dans des perforations de l'estomac avérées, on a constaté la persistance de la matité hépatique.

Dans 13 de nos observations où l'on parle de ce signe *au début*, on a constaté 11 fois la matité hépatique normale ; et seulement 2 fois abolie.

En résumé, l'absence de matité hépatique dès le début,

brusquement, après le dîner, de douleurs abdominales violentes, avec vomissements, collapsus, disparitio ı de la matité hépatique. Laparotomie qui ne donne aucune indication. Autopsie : rupture d'un très petit anévrysme de la crosse de l'aorte ; on ne trouve rien qui puisse donner une explication sur la disparition de la matité hépatique.

(1) Steven et Allan. *Brit. med. J.*, 1903, II, p. 98.

(2) Phillips, Lancet, 1898, II, p. 1477... « signes ordinaires de perforation et disparition de la matité hépatique ; la malade est nourrie par le rectum pendant quelque temps et s'améliore ; mais aussitôt qu'on recommençait l'alimentation par la bouche, les symptômes de perforation revenaient, et la matité hépatique disparaissait de nouveau. A la fin, guérison.

est bien un symptôme de valeur ; mais il n'est pas constant, ni toujours précoce ou significatif.

Matité anormale. — Si l'estomac était plein au moment de la rupture, ou si des liquides ont été donnés ensuite, on constate souvent de la matité dans les flancs, à laquelle pour Robson (1), s'ajoute quelquefois un *thrill.*

Cette matité, dans les parties déclives doit apparaître près du début, pour conserver sa valeur ; après 24 heures, elle aurait plus de chances d'être conséquence de la péritonite consécutive.

Cette matité anormale au début, n'a pas été souvent signalée dans nos observations.

Vomissements. — La fréquence des vomissements varie suivant les cas et leur importance suivant les auteurs. Sur 48 observations, nous avons noté 7 fois leur présence pendant toute la maladie, 21 fois au début seulement (1 ou 2 vomiss.), 20 fois leur absence totale.

Les auteurs, pour la plupart, constatent leur rareté dans les premières 24 heures. Ce fait avait été vaguement indiqué par Gérard (2) ; Alibert disait (3) que « l'estomac, dans la péritonite par perforation de cet organe, se contracte avec violence, mais ne rejette aucune matière. »

Mais Traube (4) semble le premier avoir remarqué l'im-

(1) Robson, Lancet, 1900, I, p. 747.
(2) Gérard, Thèse, Paris, 1803.
(3) Alibert, in thèse Roux, Montpellier, 1823.
(4) Traube.

portance de ce signe ; pour lui, « le malade vomit en quelque sorte dans son péritoine », d'où impossibilité du vomissement.

Ces vomissements du début, pour Broadbent, existeraient dans la majorité des cas ; pour F. Brunner, dans le tiers ; pour Stadwell, dans 70, pour Finney, dans 40, et pour Fenwick, dans 29 pour 100 ; pour Dreshfeld, comme pour Mitchell (1), ils seraient généralement absents.

En résumé, nous croyons pouvoir dire que les vomissements du début, dûs à la perforation même, manquent habituellement ; quand ils apparaissent, ils s'arrêtent bientôt, après deux ou trois fois seulement.

La situation de la communication gastropéritonéale a probablement une grande influence sur la présence ou l'absence des vomissements ; pour Gross (2) leur absence complète appartiendrait aux perforations du cardia, leur fréquence serait en rapport avec les perforations situées immédiatement au-dessus ou au-dessous de l'anneau pylorique. Ces faits sont loin d'être absolus. Témoin le cas d'Hayem (3) avec vomissements abondants : la perforation était au cardia. Pour Villard et Pinatelle (4), l'absence de vomissements appartiendrait plutôt aux perforations basses, tandis que dans celles de la petite courbure, les malades continueraient à vomir plus ou moins.

Les vomissements qui apparaissent après les premiè-

(1) Mitchell, *Brit. Méd.*, 10 mars 1900, p. 570.
(2) Gross. *Rec. de chir.*, 1904, p. 351.
(3) Hayem. *Loc. cit.*
(4) Villard et Pinatelle. *Rec. de chir.*, 1904, p. 724. Ils ont noté la persistance des vomissements 27 fois contre 12 sur 39 observations, où la présence ou l'absence de ce signe avait été signalée.

res 24 heures sont, eux, la conséquence de la péritonite consécutive ; et celle-ci peut alors, quant au symptôme vomissement, prendre une allure spéciale.

« Quand, dit Ebstein (1886), dans le courant d'une péritonite aiguë, les vomissements manquent, ou quand ils cessent au moment où la péritonite se déclare, le malade étant en pleine connaissance, on peut diagnostiquer que la péritonite a été déterminée par une perforation de l'estomac, ou qu'une perforation de l'estomac est venue s'ajouter à une péritonite aiguë préexistante... Les vomissements peuvent se montrer à la suite d'une péritonite par perforation stomacale, ou réapparaître s'ils avaient cessé ; mais dans ces cas, l'orifice stomacal ne s'ouvre pas librement dans la cavité péritonéale, il est obturé par un organe voisin ou un bouchon accidentel. »

En résumé, la persistance des vomissements n'infirme donc pas le diagnostic de perforation de l'estomac ; leur *absence*, au contraire, au cours d'une péritonite, serait un signe de présomption important de l'origine gastrique de celle-ci.

La *nature* des vomissements varie suivant l'époque de leur apparition ; ceux du début consistent en mucus, matières alimentaires, bile ; l'hématémèse est très rare. Ils sont quelquefois fécaloïdes.

Les *nausées sans vomissements* sont fréquentes.

Ceux de la 2e période sont les vomissements porracés habituels de la péritonite.

Intestin. — Rien n'est changé de ce côté au début, dit Gross : Les gaz et les selles s'arrêtent avec l'apparition de la péritonite.

Ce n'est pas ce que nous avons constaté.

La constipation absolue chez des gens fonctionnant bien auparavant, a été notée dès le début, pendant toute la période prépéritonitique, 17 fois dans nos observations.

Phénomènes d'auscultation. — Quelques auteurs ont signalé des phénomènes acoustiques auxquels il sera difficile d'attacher de l'importance quant au diagnostic, vu leur variété et la rareté des cas où ils sont signalés. C'est ainsi qu'on a entendu des bruits de frottements, au niveau de la région stomacale, des dernières côtes gauches, à droite et au dessous de l'ombilic, en arrière à gauche, dans la région sous diaphragmatique, ou encore les bruits du cœur accompagnés de résonnance métallique, même amphorique.

Respiration. — Le rythme respiratoire est modifié, en raison de la tension et de l'immobilisation abdominales : la respiration, dès le début, est presque uniquement *costale* ; elle est, de plus, superficielle, accélérée. Il y a de la « dyspnée phnénique » (Hartmann). Il suffit, d'après Le Dentu, de 25 respirations par minute pour donner l'éveil. « Cette particularité coincide généralement avec un peu d'amélioration du pouls. Isolée, elle aurait moins de valeur, mais en aurait encore. »

La dyspnée augmente naturellement avec le ballonnement du ventre et le refoulement du diaphragme.

Appareil urinaire. — Dans la période prépéritonitique, il n'y a en général rien de modifié quant à la sécrétion urinaire. Cependant celle-ci peut-être diminuée, parfois même supprimée.

Pouls. — Pour tous les auteurs, l'état du pouls a une grande importance, surtout au point de vue pronostic et intervention.

Il peut rester bon, malgré les autres symptômes ; mais ordinairement, il est fréquent, irrégulier, petit, jusqu'à devenir filiforme.

Son état dépend, d'après Gross (1), comme dans toutes les affections abdominales graves, de l'état de toxicité des liquides épanchés, et de l'état du cœur du sujet. Pour d'Arcy Power (2), il augmenterait de fréquence de demi-heure en demi-heure. Pour Spencer (3), dans les cas de perforation, il serait rarement au dessous de 120. Cependant Symonds (4), par exception, a noté, dans 2 cas de perforation de l'estomac, 60 et 30 pulsations.

Enfin, d'après Le Dentu (5), « le pouls est fréquent avec une température normale, ou, si celle-ci est un peu au-dessus de la normale, il est proportionnellement trop fréquent : il y a *dissociation* entre ces deux symptômes ordinairement connexes ».

Leucocytose. — La présence d'une *rapide leucocytose*, d'après Steven et Allan (6) a été regardée par quelques auteurs comme un important symptôme dans les cas de perforation. Ils citent cependant un cas avec ce signe sans perforation.

(1) Gross, *Rev. chir.* 1904, p. 354.
(2) D'Arcy Power, *Centralbl. f. chir.* 1903, p. 611.
(3) Spencer, Lancet, 1898, II, 1477.
(4) Symonds, idem.
(5) Le Dentu, l. c.
(6) Steven et Allan, *Brit. Méd. J.*, 1903, II, p. 98.

Température. — Rien de plus variable que les diverses observations à ce sujet. Dans les premières heures, l'hypothermie semble la règle générale ; Mathieu dit la température normale ou moindre que la normale ; Talamon a noté 35° comme température centrale.

Mais dans la seconde phase, la température monte à mesure que les phénomènes péritonitiques apparaissent, pour baisser définitivement à la période tèrminale.

Etat général. — Presque toujours, mais non constamment cependant, le malade est sidéré, et dès le début tombe dans un état de *choc*, dont les causes, multiples, ont été bien étudiées par Mitshell (1).

« 1° *Action sur les ganglions du grand sympathique* et *sur le péritoine* du contenu de l'estomac. J'ai noté que le collapsus était plus grand dans les cas où des particules alimentaires solides, indigérables, avaient échappé et violemment irrité le péritoine.

2° *Présence de gaz* dans la cavité péritonéale, qui, avec les muscles abdominaux puissamment contractés détermine une forte pression en haut sur le diaphragme et irrite le cœur.

... Ne pourrait-il y avoir aussi une action réflexe *sur les intestins* ? Voici des cas où le pouls fut observé du commencement à la fin de l'opération. Cas A : au début, pouls mauvais, irrégulier, à 140 quand on fait l'incision... tombe promptement à 96 et devient très fort et régulier quand le péritoine est ouvert et les gaz échappés. Cas B : le pouls tombe de 108 à 88. De cette idée Mitshell tire

(1) Mitshell, *Brit. med. J.*, mai 1900, p. 570.

même une conclusion pratique : « Nous aurions donc entre les mains, quand le collapsus est si profond qu'il exclut toute idée d'opération. ou au moins d'opération complète, un moyen d'obtenir un mieux temporaire : petite incision à la cocaïne, issue des gaz, drain, dans l'espoir qu'une opération complète sera possible quelques heures après. » Il cite 2 cas, mais la méthode ne donna pas de résultats.

Pour Barker, le choc dépend de la rapidité, de l'étendue et de l'intensité de l'irritation péritonéale.

Beaucoup de perforations font piquer une syncope au malade dès le début. Celui-ci tombe par terre *où il était*, ayant à peine le temps de sentir la douleur broyante, et perd connaissance, dans la chambre, la cuisine, l'escalier, la rue ; il ne revient à lui que pour souffrir atrocement.

Le facies, décomposé, exprime une angoisse extrême, les extrémités sont glacées, le corps couvert de sueurs froides, les membres sont recroquevillés. Dans presque tous les cas, l'*agitation* est extrême.

Le pouls est rapide, filiforme : misérable en un mot.

Voici la description que Le Dentu donne de cet état général : « Le facies, pendant la période initiale, se plombe rapidement : plus important peut être, le *ton violacé* des téguments de la face, (nez et joues) se retrouve aux mains et aux ongles, et, tout en étant l'une des manifestations de l'algidité, n'est pas toujours accompagné par un refroidissement marqué des extrémités. *Le refroidissement des extrémités* (mains, nez, langue), est toujours un indice de shock grave, même à un faible degré; et, *comme il coincide souvent avec le maintien de la température normale*, il ne faut pas être trop rassuré par ce symptôme ».

DEUXIÈME PÉRIODE

Phase péritonéale.

La phase péritonéale ne s'affirme pas immédiatement ; elle laisse même d'habitude, les symptômes brutaux du début s'atténuer, de telle sorte qu'il existe une courte période intermédiaire de repos et de bien être.

Puis survient la péritonite généralisée ou localisée. Ici, la première se rencontre dans l'immense majorité des cas.

Péritonite généralisée. — Elle s'établit en général très rapidement, et présente les symptômes habituels de la péritonite aignë : facies péritonéal ; teint plombé, traits tirés, nez effilé, yeux cernés : c'est la griffe péritonéale de Dieulafoy ; anxiété, agitation, oppression extrêmes ; douleur diffusée à tout l'abdomen ; ballonnement, ici *suraigu*, pourrait-on dire, tellement il se développe, avec rapidité, souvent plus marqué à la partie supérieure ; tympanisme à la percussion ; disparition de la matité hépatique, dont la signification est toute différente à cette période, comme nous l'avons dit plus haut. Les vomissements manquent souvent ; sinon, ils deviennent de plus en plus fréquents, peuvent être fécaloïdes, ce qui, joint à l'arrêt complet des matières et des gaz, réalise à peu près le syndrome de l'étranglement interne.

Il y a oligurie, quelquefois même anurie, ou, plus souvent rétention d'urine dûe à l'impuissance vésicale.

On constate assez rarement du hoquet ; la respiration est fréquente, irrégulière, costale supérieure ; le pouls est rapide, petit, fuyant.

La température après le choc initial, s'élève d'ordinaire de quelques dixièmes de degré, ou même d'un degré. Cet indice de la réaction péritonéale ne doit pas passer inaperçu : aussi Michaux demande-t-il qu'on prenne la température rectale toutes les heures pour en tirer un élément utile au diagnostic et à l'intervention.

On trouvera donc de 37° 6 à 38° ; rarement 39° ou 40°. La règle est qu'il y ait au contraire *dissociation* entre la température qui varie peu et le pouls qui s'accélère.

Péritonite localisée. — Si l'ulcération marche lentement, les adhérences et les fausses membranes protectrices ont le temps de produire, d'où des lésions de *périgastrite* qui peuvent évoluer insidieuses ou méconnues, jusqu'à la perforation, qui elle-même peut rester latente.

Cependant, au moment de la perforation, il y aura d'abord, en général, une période variable de phénomènes péritonéaux diffus, à laquelle succédera la période de localisation, d'enkystement.

Les signes de celle ci peuvent se montrer très tardivement, longtemps après (plusieurs semaines) que le malade semble redevenu bien portant. Au contraire, l'apparition de l'abcès abdominal peut être le premier et seul signe d'une perforation latente au cours d'un ulcère latent, cas du reste, fort rare. Le diagnostic de la cause, dans de pareils cas, est particulièrement difficile.

C'est, en général, au cours de la *deuxième* semaine

qu'apparaissent ces péritonites enkystées. Les signes en sont souvent très vagues, sans aucune manifestation objective ; on constate seulement un état général peu satisfaisant, se traduisant par inappétence, affaiblissement, amaigrissement, insomnie, élévation légère et irrégulière de température, qu'il faut souvent chercher. Ce sont surtout les abcès de la région postérieure qui sont sujets à ne se trahir que par ces quelques phénomènes sujectifs. Les abcès consécutifs à un ulcère de la paroi antérieure ont, au contraire, tendance à faire saillie en avant, au niveau de l'ombilic, et par conséquent, manquent rarement de signes physiques.

On a enfin noté la perforation latente qui se continue dans les organes voisins : duodénum, colon, ou, plus fréquemment : foie, pancréas, rate ; et celle qui, par l'intermédiaire de la péritonite localisée, ou, très rarement, par extension du processus ulcératif de l'estomac, ouvre le diaphragme et la plèvre (d'où pyopneumothorax, pleurésie purulente), le poumon (gangrène pulmonaire), et même le péricarde (avec péricardite putride (Voir nos Obs.).

Abcès sous-diaphragmatique. — C'est la localisation la plus fréquente.

Le plus souvent ici, c'est un abcès *gazeux* sous phrénique ; il siège en général du côté *droit*, entre la face supérieure du foie et le diaphragme, plus rarement à gauche, refoulant en bas l'estomac, le colon transverse ; limité de toutes parts par les adhérences.

Le début en est variable, par une douleur plus ou moins

marquée, souvent subite, intense, quelquefois syncopale, avec refroidissement, pâleur, sueurs.

Son siège est l'épigastre, l'hypochondre, la base du thorax en arrière, avec des irradiations vers le cou et les épaules. La toux, le vomissement, l'inspiration même, sont douloureux.

De plus, le malade accuse une dyspnée qui peut être à peine marquée, ou aller jusqu'à l'angoisse. Bientôt surviennent l'anorexie, l'amaigrissement, la cachexie, accompagnés ou non de fièvre, à oscillations irrégulières.

L'on constate de la raideur du tronc, quand le malade veut se lever ou s'asseoir dans son lit ; il reste habituellement dans le décubitus dorsal, tandis que les pleurétiques préfèrent le décubitus latéral. Enfin, le hoquet est fréquent, ce qui est peut-être dû à l'irritation des nerfs du diaphragme.

A l'inspection, l'on constate, dans la région épigastrique ou ombilicale, quelquefois dans l'hypochondre, le gauche de préférence, une *voussure* plus ou moins marquée qui s'accompagne de l'immobilisation de la partie inférieure du thorax, ainsi que de l'élargissement des derniers espaces intercostaux ; quelquefois un peu d'œdème sous-cutané mal délimité. A la palpation, résistance élastique ; à la pression, peut-être, d'après Lejars, une zône de douleur maxima, au milieu de la sensibilité générale.

Au-dessous de l'ombilic, la paroi reste souple, non tendue ; la pression n'est pas douloureuse : ainsi s'établit un *contraste* remarquable entre les deux régions sus et sous-ombilicales, ce qui peut être un signe important pour le diagnostic (Bouveret).

A la percussion, tympanisme ou matité.

La matité hépatique est abaissée, légèrement d'ordinaire, ou plutôt masquée par la sonorité qui accompagne le diaphragme, paralysé et remontant haut, quelquefois jusqu'à la 2e côte : d'où élévation du cœur dans le cas d'abcès localisé à gauche. La sonorité et la matité peuvent se déplacer avec le malade ; de même, il existe quelquefois un bruit hydro-aérique qui variera suivant la position.

A l'auscultation, l'on a souvent : bruit d'airain, tintement métallique, succussion hippocratique, souffle amphorique : en somme, signes de pneumothorax partiel, (ou d'épanchement pleural) mais « dans le ventre », comme dit Lejars.

A la ponction, enfin, il sort des bulles de gaz, ou du pus sanieux, tous deux d'une fétidité extrême, qui doit faire penser à leur origine digestive.

Il est important de noter que l'on peut trouver ailleurs, dans la cavité abdominale, d'autres signes de péritonite enkystée (Obs. XIII).

L'abcès sous diaphragmatique est assez souvent accompagné de pleurite sèche ou de pleurésie séreuse ou purulente, à droite le plus fréquemment.

Enfin, l'abcès, comme nous l'avons dit à propos de la péritonite localisée, peut s'ouvrir dans la grande cavité, à la peau, ou dans l'un des organes qui lui servent de paroi ; ou bien encore, traversant le diaphragme, dans le péricarde, le poumon ou la plèvre.

MARCHE

Dans les perforations par ulcère latent, la forme la plus fréquente est la forme aiguë, comprenant deux phases : une première, de signes dûs à la perforation même ; une seconde, de signes de péritonite aiguë généralisée. La mort survient en deux, trois jours au plus, en moyenne au *quatrième* jour.

Dans presque tous les cas aigus, il y a une période intermédiaire, ou *phase de repos*, comme la nomme Charters Symonds (1), « Il y a, dit-il, une période masquée par l'atténuation ou même la cessation de presque tous les phénomènes. Le malade, sans le secours de sédatifs, entre dans une phase de repos. Cette atténuation, est souvent prise pour une amélioration, et cette erreur est désastreuse. Cette période est, en effet, à son début, une période de *salut*, dans laquelle une opération a toutes les chances de réussir. »

La forme suraiguë, à marche foudroyante, est plus rare ; la mort survient avant qu'une réaction péritonéale ait eu le temps de se produire.

Le début est identique, par une douleur violente à siège gastrique ; en quelques heures ou quelques instants le malade meurt subitement dans la position qu'il occupe. Il se produit ici une sorte de shock, une sidération des centres nerveux par action réflexe sur le grand sympathique, dit Choppin, qui résume l'opinion de plusieurs physiologistes ou cliniciens (2).

(1) Cité par Mitchell.
(2) Choppin, Th. Paris, 1896, p. 27.

A côté de ces deux formes aiguë et suraiguë, s'en place une troisième que Moynihan (1) a décrite sous le nom de *subaiguë*. « Dans la perforation aiguë, dit-il, l'ulcère cède soudain et complètement. Il se forme un trou plus ou moins grand à travers lequel le contenu de l'estomac est libre de s'échapper dans la cavité péritonéale.

Dans la perforation subaiguë, au contraire, l'ulcère cède probablement aussi vite que dans la forme aiguë ; mais soit à cause du petit calibre de l'ouverture, ou du vide de l'estomac, soit par tamponnement immédiat par une lame épiploïque, soit par la rapide formation de fausses membranes qui tressent pour ainsi dire comme un couvercle, une coque à la perforation, le contenu stomacal ne s'échappe qu'en petite quantité, d'où le dommage moindre. Les symptômes à leur début peuvent être aussi intenses que dans la perforatiou aiguë ; mais en ouvrant l'abdomen on s'aperçoit du bouchage de la perforation et de l'impossibilité, à ce moment, d'issue de liquide hors de l'estomac... Dans cette forme subaiguë, le malade se plaint d'ordinaire, plusieurs jours avant la rupture, de douleurs abdominales vagues, sans localisation précise, avec spasme aigu ou « point de côté » aux mouvements un peu vifs... Ces symptômes prémonitoires ont sans doute leur origine dans une péritonite localisée. »

Le début subaigu semble plus fréquent (10 p. 100 environ) dans les perforations de la petite courbure que dans toutes les autres (2).

(1) Moynihan. *Brit. Méd*, 29 août 1903, II, p. 604.
(2) Villard et Pinatelle. *Rev. de chir.*, p. 725.

Il existe enfin des formes plus longues, qu'on pourrait presque traiter de *chroniques* ; si les adhérences ont le temps de s'installer, il s'ensuivra une péritonite enkystée, dont la traduction habituelle est l'abcès sous-diaphragmatique.

Ces faits sont rares dans la catégorie spéciale qui nous occupe. « Il semble, dit Choppin, qu'un des caractères propres de l'ulcère latent, en même temps que l'absence de douleurs et de troubles fonctionnels, soit *l'absence de réaction inflammatoire* sur les organes environnants, réaction qui aurait eu pour résultat l'établissement d'adhérences protectrices. »

Sur les 41 observations de sa thèse, l'on ne trouve en effet que 3 fois une péritonite enkystée ; sur les nôtres, y compris les siennes.

La perforation chronique, comme le fait remarquer Moynihan, existe plus souvent à la face postérieure, d'où abcès sous-phrénique, tandis que les perforations aiguës et subaiguës sont plus communes à la face antérieure. Les raisons en sont bien connues, et ont été étudiées en détail à propos de l'étiologie.

TERMINAISON

S'il n'y a pas d'intervention chirurgicale, la terminaison habituelle est la mort. Elle survient ordinairement par péritonite, quelquefois par hématémèse, ou encore par ce choc, cette sidération intense, dont nous avons parlé plus haut.

Dans la péritonite enkystée, la manière de mourir offre

plus de variétés ; après un temps plus ou moins long, le malade meurt par cachexie, par rupture de l'abcès dans un organe voisin : poumon, plèvre, péricarde, médiastin, intestin ou dans la grande cavité, d'où péritonite généralisée.

La mort peut encore survenir par obstruction intestinale, par rupture d'un deuxième ulcère, par bronchopneumonie.

Cependant il est certain que la guérison *spontanée* des ulcères de l'estomac, ouverts dans la cavité péritonéale est possible.

Pariser (1) en cite 15 cas, en ajoutant que certains ulcères récemment perforés, l'estomac étant vide, guérissent mieux sans intervention chirurgicale.

Hawkins(2) rapporte 2 cas où la perforation semblait évidente et qui guérirent spontanément.

Fowler (3) en cite un autre, et Phillips (4) deux semblables.

Dans tous les cas, s'agissait-il vraiment de perforation de l'estomac ? La certitude ne peut être absolue ; la pro-

(1) Pariser, discussion de la *Soc. de Méd. interne*. Berlin : *Klin Woch*, n° 23, p. 510, 10 juillet 1895.

(2) Hawkins. Lancet 1898, II, p. 1476.

(3) Fowler. Lancet, 1898, II, p. 1477 : un soldat souffrait depuis longtemps d'ulcère de l'estomac ; pris brusquement des signes de perforation : distension abdominale, disparition de la matité hépatique, collapsus. Refuse l'opération : guérit seul.

(4) Phillips (ibid.). 1er cas : relaté page 41.

2° J. F., 18 ans. Douleur intense, signe de péritonite, disparition de la matité hépatique ; pas de vomissements. Non opérée, la malade guérit.

babilité est grande, cependant nous nous permettrons de rappeler le cas contraire publié par Smith (1).

DIAGNOSTIC

1° Diagnostic de la perforation

Le diagnostic se pose à deux périodes : celle du début des accidents et celle de la péritonite nettement déclarée. Mais *il faut le faire à la première.*

Le diagnostic de la perforation de l'estomac est assez simple, lorsqu'il y a un passé gastrique auquel se rattachent nettement les accidents en face desquels on se trouve ; il en va tout autrement dans les ulcères latents ou méconnus, où rien n'attire l'attention du côté de la véritable cause.

De même, suivant le moment où l'on voit le malade, l'aspect peut totalement changer, et faire errer le clinicien autour d'un diagnostic presque impossible.

Le Dentu (2) disait en 1897 : « Il ne s'agit pas de savoir qu'elle est exactement la cause des accidents, mais quels signes en révèlent la gravité, et nécessitent l'intervention. »

Il nous semble que l'on peut chercher actuellement plus de précision dans ce diagnostic si difficile, avant de se décider à une action quelconque.

(1) Smith. *New York Méd. Journal*, 1902, 14 janvier. Cas de perforation de l'estomac, suite d'ulcère, non diagnostiqué jusque là, d'ailleurs. Opération : rien dans l'abdomen ou à l'estomac.

(2) Le Dentu, *loc. cit.*, p. 538.

Voyons donc le malade dans les premières heures de l'accident ; le diagnostic en sera aisé s'il présente la trilogie indiquée par Guinard (1) :

1. Douleur en poignard dans la région épigastrique.

2. Tympanisme de l'abdomen, surtout dans sa partie supérieure.

3. Passé gastrique.

Malgré l'absence de ce troisième terme dans les cas dont nous nous occupons, le diagnostic de la perforation et de son siège sera encore facile si le malade présente tous les symptômes caractéristiques de la perforation aiguë de l'estomac, et que Gross résume ainsi :

Douleur subite extrêmement vive ressentie dans la région épigastrique.

Rétraction des parois abdominales, accompagnée de tension.

Sensibilité à la pression dans le point où siège la douleur spontanée.

Sonorité préhépatique.

Matité anormale dans les flancs, en rapport avec l'inondation péritonéale abondante.

Faciés grippé, exprimant la souffrance ; pouls petit, misérable, rapide, rarement au-dessous de 120.

Respiration superficielle uniquement thoracique, refroidissement des extrémités, collapsus, atteinte rapide et profonde de l'état général.

La rapidité d'apparition, l'intensité immédiate du collapsus sont en faveur de la perforation, sans en préciser le siège. Son apparition très rapide, à la suite de la douleur soudaine, violente, chez les individus en pleine santé, force, dit Auffray (2), au diagnostic de perforation du

(1) Guinard, *Ass. franç. de chir.*, Paris, XII[e] Congrès 1898.
(2) Auffray, *Thèse*, Paris.

duodénum ou de l'estomac ; ou de l'intestin, ajouterons-nous.

Les observations publiées plus loin montrent l'importance que prend le collapsus intense et brusque dans les perforations d'ulcères latents ou méconnus.

Malheureusement tous ces signes sont loin d'être toujours réunis, et il n'y en a aucun de pathognomonique, pas même la sonorité préhépatique (voyez page 30).

Le diagnostic est surtout difficile, quand, comme le fait remarquer G. Heaton (1), il y a eu quelques symptômes vagues, qui ont cessé depuis longtemps : il n'y a plus ni vomissements, ni douleurs, pas même de gêne. C'est le moment de rappeler l'accalmie trompeuse et si dangereuse dûe aux sédatifs de la douleur, en particulier à la morphine, qui peut faire disparaître celle-ci complètement. En pareil cas, Moynihan attache une grande importance à la *continuelle dureté* et *rigidité* des muscles abdominaux. Il remarque que, même quand le malade dit ne souffrir aucunement, quand l'aspect, la respiration, le pouls, sont normaux, la rigidité abdominale persiste (2).

En résumé, on peut conclure avec Thompson (3) qu'il est presque plus fréquent de noter l'absence des signes qu'on a traités de pathognomiques, que de constater leur présence.

Quand le malade n'est vu que 24 heures ou plus après

(1) G. Heaton, *Brit. méd. J.* 1902, II, p. 96.

(2) Moynihan. loc. cit. Dans un cas où l'aspect général était excellent, l'abdomen non distendu, mais rigide et immobile, il opéra, et n'eut qu'à s'en louer.

(3) Thompson, *Dublin Quaterly J.* 1900, t. CIX, p. 252.

le début des accidents, les signes de *péritonite* de la deuxième phase compliquent la scène, et rendent le diagnostic plus difficile encore.

Nous allons voir que si le diagnostic de la perforation n'est pas facile, celui de son siège l'est encore moins. Il est, du reste, moins utile, et la probabilité d'une perforation quelconque doit suffire pour faire une laparotomie.

Diagnostic du siège de la perforation. — Il y a probabilité de perforation. Où siège-t-elle ? Sur le tube digestif, œsophage, estomac, duodénum, intestin, appendice ; provient elle au contraire de collections d'autre nature ?

Pour l'estomac, la recherche des commémoratifs est de la plus haute importance ; malheureusement, elle n'est pas toujours possible. Ici, il n'y a pas d'antécédents, gastriques tout au moins. Mais nous savons que dans des cas semblables, comme le fait remarquer Schuchardt (1), l'anamnèse qui ne donne pas de signes positifs, ne devra pas être considérée comme ayant une très grande valeur. (voy. obs. XLV, XLVI). Cependant, il y a peut-être une *cause occasionnelle*, coïncidant avec les accidents du début, soit venant de l'estomac : ingestion rapide d'aliments, vomissements, etc., soit en dehors de l'estomac : toux, éternuements, efforts, traumatismes mêmes légers. Comme le dit Damaschino, toutes ces causes sont par elles-mêmes impuissantes à rompre des parois gastriques normales ; aussi des accidents de perforation survenant dans ces conditions *doivent faire penser* à un ulcère de l'estomac

(1) Schuchardt, *Archiv. fur Klin chir.*, To. L, p. 615.

ou du duodénum perforé, même s'il est resté jusque là latent.

Viennent ensuite les signes constatés depuis le début des accidents : nous les avons indiqués plus haut, d'après le résumé de Gross. Nous rappellerons, à propos de la douleur, l'importance de son siège au début, de son maximum à la palpation, si l'on peut en découvrir un ; il y a les plus grandes chances pour que l'estomac soit en jeu si ce siège initial, ou ce maximum sont l'épigastre ou l'hypochondre gauche.

Par contre, il ne faut pas l'éliminer, quel que soit le point de l'abdomen en cause.

L'exacerbation de la douleur, après l'ingestion de liquide, est aussi à noter.

La sonorité préhépatique n'a d'importance que dans les premières heures, de même que la matité anormale dans les régions déclives. Au début encore, la rétraction abdominale et l'absence complète ou presque, des vomissements, ont une grande valeur. L'on a noté aussi l'augmentation progressive de la fréquence du pouls.

L'on a pu, *sous chloroforme*, voir diminuer la rigidité, la tension abdominale, ce qui permit alors de localiser plus sûrement certains signes à la région gastrique (V. obs. Thompson, XLVII).

Peut-être pourra-t-on essayer de préciser, sous toutes réserves, le siège possible de la perforation sur l'estomac lui-même ; la perforation postérieure, dit Gross, aura des signes moins nets et moins précis ; pour la face antérieure, si la perforation siège près du cardia, la douleur spontanée initiale et la sensibilité à la pression siégeront plus sou-

vent à gauche de la ligne médiane ; si elle se trouve près du pylore, le maximum sera plutôt à droite. La présence ou l'absence des vomissements, suivant le siège, a été diversement interprétée (Voy. page 37).

Si le diagnostic de la perforation stomacale est fait, Lennander recommande de s'enquérir de l'heure du dernier repas, et de la position du corps (verticale ou horizontale), au moment où elle s'est produite.

La perforation de l'estomac donnant des signes aigus (en dehors de sa rupture par traumatisme ou de sa perforation par ingestion de substances caustiques) est presque toujours conséquence de l'ulcère rond (même probablement dans les cas où elle est dite spontanée). On peut donc affirmer, à peu près à coup sûr, que, si la perforation siège à l'estomac, elle est consécutive à un ulcère rond.

Les deux autres causes de perforation de l'estomac, le cancer et la tuberculose, présentent d'ordinaire, en effet, une marche différente.

Diagnostic de la cause de la perforation de l'estomac. — Le *cancer*, dit Brinton (1), perfore l'estomac dans 4 à 6 p. 100 des cas, l'ulcère dans 13 p. 100 ; cette différence serait dûe à la marche du cancer, qui empêche la diminution d'épaisseur, car il s'accroît d'un côté à mesure qu'il s'ulcère de l'autre.

La perforation dans le cancer est donc rare, à cause de

(1) Brinton. *Traité des maladies de l'estomac*, 1870, p. 333.

l'épaississement de la paroi, par fausses membranes, et des adhérences.

Mais, s'il n'y a pas d'adhérences, il peut survenir brusquement une péritonite généralisée mortelle.

La constatation d'une tumeur pourrait être un argument en faveur du cancer, s'il n'était des exemples d'ulcère gastrique entourés d'une zone indurée et épaissie pouvant simuler un néoplasme.

Ordinairement ici, la périgastrite limite un foyer qui s'ouvrira dans un organe ou à la peau, le plus souvent au niveau ou dans le voisinage de l'ombilic (Achard, Feulard)(1).

Nous rapportons, d'autre part, une observation inédite qu'a bien voulu nous communiquer le docteur Londe (n° LXXXV), dans laquelle une perforation de l'estomac, suivie de mort, fut la conséquence d'un cancer greffé sur un ulcère latent.

Il est arrivé, d'autre part, qu'un ulcère méconnu soit pris au contraire pour un cancer de l'estomac (2).

Tuberculose. — Les perforations tuberculeuses de l'estomac sont très mal connues. Au point qui nous occupe, il semble qu'elles s'accompagnent de phénomènes pulmonaires ou autres, qui masquent ou atténuent l'importance des

(1) Feulard. *Arch. de méd.*, 1870, août, 14 cas.

(2) Obs. de Collinet. *Soc. Anat.*, oct. 1892, p. 634, F., 47 ans, cou tur. présentant des signes gastriques et généraux marqués ; on pensa d'abord à une obstruction intest., puis à un cancer intest., à une péritonite tuberculeuse, enfin à un cancer de l'estomac. Au : vaste ulcère et péritonite purul., sans qu'on puisse découvrir de perforation.

signes gastriques ; la perforation passe inaperçue, et n'est constatée qu'à l'autopsie, remarquable par sa taille (1). Il peut cependant arriver que, chez un tuberculeux avéré, un ulcère rond de l'estomac latent produise une perforation qui causera la mort du malade.

C'est ce qui nous semble être arrivé dans une observation personnelle (nº LXXXIX).

Nous laissons de côté les perforations produites par des corps étrangers, et les perforations spontanées qui semblent se rattacher à l'ulcération stomacale.

2º DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Perforation d'un ulcère de l'œsophage. — L'ulcère de l'œsophage peut être latent ; sa perforation peut simuler l'appendicite, ou même la fièvre typhoïde (2) ; on comprend qu'elle puisse surtout être prise pour une perforation de l'estomac ou réciproquement. Les symptômes différentiels ne sont pas nombreux, d'autant que l'ulcère de l'œsophage semble devoir être latent plus souvent encore que celui de l'estomac ; peut être, quand il s'agit de l'œsophage, la douleur est-elle plus sus-épigastrique, les vomissements plus fréquents ; en tout cas, l'ulcère de l'œsophage se rencontre surtout chez l'homme, et après 40 ans. La coïncidence des deux ulcères est fréquente (3).

(1) Obs. de Pettitt. *Méd. Press. and. Circus.* London, 1893, p. 92. La perforation du diamètre d'une demi couronne n'est constatée qu'à l'autopsie. De même, dans l'obs. de Lenoir, *Soc. Anat.*, 1899, p. 248.

(2) Obs de Mesnard et Ferouelle. *Soc. anat.*, 1900, p. 1016.

(3) Dasse. *Thèse*, Paris.

Perforation d'un ulcère de l'œsophage. — L'ulcère de l'estomac et celui du duodénum peuvent coexister (Obs. XXX, West) (1). La perforation, au cours d'un ulcère du duodénum, est fréquente pour Letulle, elle apparaît dans la moitié de cas ; pour Collin, plus encore ; pour Houzé, dans 95, 5 p. 100 : c'est donc la terminaison la plus commune de l'ulcère duodénal.

Si la perforation de l'ulcère gastrique survient quelquefois en pleine santé apparente, il en est ainsi plus souvent encore pour celle de l'ulcère duodénal. Brünner admet que 24 p. 100 des perforations duodénales éclatent en pleine santé, tandis qu'il n'en serait ainsi, pour les perforations de l'estomac, que dans 8 et plutôt 4 1/2 p. 100 des cas.

L'ulcère du duodénum évolue donc bien souvent (le plus souvent peut être), insidieusement ou sans sypmtômes qui puissent même faire penser à lui. Peut-être n'en est-il pas un seul cas qui ait été nettement diagnostiqué pendant la vie. Les signes que l'on peut quelquefois constater sont : douleur gastralgique, vomissement assez longtemps après le repas ; présence de sang dans les selles sans accompagnement d'hématémèse ; ictère. On peut ajouter que la perforation duodénale est exceptionnelle chez la femme, et que chez l'homme elle semble un peu moins fréquente que la perforation gastrique.

(1) Témoin le malade de Dieulafoy, mort d'une perforation d'ulcère duodénal, et chez qui l'on trouva un ulcère de la face antérieure de l'estomac guéri. Dieulafoy, Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1897, p. 88.

Le diagnostic même de la perforation duodénale a été rarement fait.

Sur 25 cas cités par Schwartz (Soc. chir.), 8 furent pris pour des appendicites ; dans 15 observations de Houzé, 6 fois l'on pensa à l'obstruction intestinale, 6 fois à l'appendicite subaiguë avec péritonite ; une seule fois le diagnostic fut exact. Sur 23 cas de Darras, on pensa 9 fois à l'occlusion intestinale, 8 fois à la perforation appendiculaire, 1 fois à la perforation de l'estomac.

La perforation du duodénum pourrait surtout être confondue avec une perforation gastrique siégeant près du pylore.

La douleur initiale débute souvent après ou pendant un repas, après un effort ; elle est quelquefois accompagnée d'une sensation de craquement (Guinard) ; elle siège plus souvent à droite de la ligne médiane, tandis que dans la perforation gastrique, elle siégerait plus souvent à gauche (Brünner). Son point habituel est donc dans la région épigastrique, à droite de la ligne médiane, ou dans l'hypochondre droit, ou la région iliaque droite. Plus diffuse que la douleur gastrique, elle présente souvent des irradiations vers la région iléo-cæcale.

La matité anormale siège plutôt à droite, ainsi que la péritonite consécutive ; ce qui explique pourquoi elle est prise si souvent pour une appendicite (1).

Le *hoquet* est fréquent ; les vomissements manquent au début, mais se montrent presque toujours quand l'évolu-

(1) Brünner : sur 55 observations, 25 fois cette erreur.

tion est plus avancée : rarement alimentaires, généralement bilieux, puis porracés, et même fécaloïdes.

La sonorité hépatique *persiste* presque toujours.

Dans la plupart des cas, il y a *absence de gaz et de selles* par l'anus (ce qui est moins fréquent dans la perforation de l'estomac), d'où le diagnostic erronné d'occlusion intestinale aiguë.

Enfin, on a noté la discordance du pouls, qui devient vite rapide, et de la température qui reste normale ou se trouve entre 36° et 38°.

Ce tableau montre combien le diagnostic différentiel de ces deux sortes de perforations est délicat ; il a, du reste, pratiquement peu d'importance, puisque l'intervention, dans les deux cas, est soumise aux mêmes indications.

On pourra néanmoins se rappeler que la perforation du duodénum et de l'œsophage est extrêmement rare chez la femme qui est au contraire plus exposée à la perforation gastrique.

Perforation de l'intestin. — La perforation de l'intestin dûe à la *fièvre typhoïde* est rarement une cause d'erreur, sauf quand la maladie causale passe inaperçue.

Les signes en sont peu bruyants, le début n'est ni soudain, ni violent, mais souvent au contraire insidieux. Cela est dû surtout, dit Dieulafoy (1), à la diversité des lésions : « les perforations des ulcères gastrique ou duodénal sont, en effet, beaucoup plus grandes que les perforations intes-

(1) Dieulafoy, Cliniques de l'Hotel-Dieu, 1897, p. 245.

tinales typhiques, qui ont la dimension d'une tête d'épingle, et peuvent être si minimes, qu'à l'autopsie il est souvent nécessaire, pour les découvrir, de distendre l'intestin sous un courant d'eau. »

Dans une observation de Thompsom que nous rapportons d'autre part (page 142) on fit le diagnostic faux de perforation d'ulcère de l'estomac : il y avait en réalité trois plaques gangrénées du jéjunum, dûes à un *infarctus*, à une thrombose mésentérique. Tous les signes habituels étaient présents ; la matité hépatique, cependant, était conservée.

La perforation d'une ulcération *tuberculeuse* de l'intestin est précédée ordinairement des signes de la tuberculose intestinale.

Il existe cependant des cas (1) où le malade n'ayant eu que peu ou pas de symptômes de tuberculose intestinale, ressent une vive douleur abdominale et présente le tableau clinique d'une péritonite par perforation (météor., dispar. de la matité hépat., pouls faible et rapide). Cela est bien rare, cependant, dit Patel : il y a presque toujours eu auparavant des troubles digestifs, des accès douloureux, de la diarrhée, qui mettront sur la voie, en même temps que la notion de l'âge adulte, et de l'hérédité.

Perforation de l'appendice. — La perforation de l'appendice est plus fréquente dans l'enfance et l'adolescence, elle ressemble moins à la perforation de l'estomac qu'à celle du duodénum.

(1) Obs. de Oppenheim. Van Engelen, Baumgarten. Voy. M. Patel : *Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle.* Paris 1902.

L'entrée en scène, dit Dieulafoy, est toute différente. « Les premières douleurs ne sont jamais le résultat de la perforation de l'appendice, mais de l'infection appendiculaire : d'où moins soudaines et moins intenses... elles sont graduellement croissantes ; ce n'est qu'après plusieurs heures qu'elles acquièrent toute leur intensité, bien rarement excessive, du reste.

Le siège maximum, malgré des irradiations trompeuses sera la région iléo-cœcale, et le point de Mac Burney ; le ballonnement, la tension, l'œdème seront localisés ou prédominants à la région iléo-cœcale.

La matité hépatique existe toujours au début.

En résumé, on peut éviter l'erreur si on se préoccupe *suffisamment* de l'intensité, de la soudaineté, et de la localisation de la douleur (Dieulafoy).

On peut, en tout cas, suivre le précepte de Michaux, qui, dans toute péritonite suraiguë, pense à l'appendicite d'abord, puis à l'estomac (1). Il est donc utile, lorsqu'on a affaire à un sujet jeune, sans aucun antécédent morbide, de songer d'abord à l'appendice, dont les perforations sont plus communes que toutes celles du tube digestif ; Leudet l'a dit en 1859 (2).

Perforations de la vésicule biliaire. — « La douleur thoracique, dit Faure (3), est un indice de péritonite par lésion des viscères sous-diaphragmatiques. Il est

(1) Michaux : assoc. franç. de chir., 1898.
(2) Cité par Galagnier, Traité de chirurgie, 1892.
(3) *Loc. cit.*

évident qu'une douleur dans l'épaule droite, comme celle qu'on rencontre dans la colique hépatique, doit, de préférence, faire songer à quelque lésion de la vésicule biliaire, à quelque *cholécystite* dont la rupture ou la propagation aura provoqué les accidents diffus en face desquels on se trouve. »

Le diagnostic se fera surtout par l'absence de commémoratifs (ictère, colique hépatique et autres signes de lithiase).

Il n'y a pas de pneumatose péritonéale, comme dans les perforations du tube digestif.

Enfin, la bile, souvent stérile, ne détermine pas, par sa présence dans le péritoine, des accidents comparables à ceux que provoque la présence des aliments.

Rupture de collections purulentes méconnues ou latentes. — La rupture d'abcès du foie, de la rate, d'abcès sous phrénique ou tuberculeux (costal, par congestion, etc.) dans la portion supérieure de l'abdomen, peut présenter l'aspect clinique de la perforation de l'estomac.

Organes génitaux de la femme. — La rupture d'un *pyo-salpinx*, d'un *avortement tubaire*, de *tumeurs ovariennes*, peut donner le change. Cependant les commémoratifs, la prédominance des signes dans la portion inférieure de l'abdomen, l'examen local surtout, permettront le diagnostic ; celui est difficile après le développement des accidents péritonéaux généralisés, comme le fait remarquer Gross.

Dans un cas de Bennett (1), où il y eut des accidents aigus au cours d'un ulcère de l'estomac léger, le diagnostic resta hésitant pendant deux jours, entre une *salpingite*, et une perforation de l'estomac, malgré les antécédents d'ulcère.

Robson (2) cite un cas où une perforation d'un ulcère de l'estomac méconnu fut prise pour une *rupture de grossesse extra-utérine*, et un autre cas, ou une rupture de grossesse extra-utérine fut prise pour une perforation d'ulcère de l'estomac.

On doit encore éliminer, quelque bizarre que cela puisse paraître, les douleurs du début de la *menstruation* (3).

Moynihan (4) dit à ce propos que le diagnostic peut être très difficile : « Je connais trois cas dans lesquels une exploration négative fut exécutée, la malade étant *au début de la période menstruelle* ; une attaque aiguë de douleurs abdominales suivies de vomissements, distension, prostration, collapsus, survint dans ces cas, et fut cause de l'erreur de diagnostic. Dans mon observation personnelle, des crises douloureuses, moins marquées, à des époques menstruelles antérieures, et l'absence de tension et de sensibilité marquée au niveau de l'abdomen, quoique celui-ci fut nettement distendu, me conduisirent à rejeter le diagnostic de perforation d'ulcère de l'estomac. »

(1) Bennett : ulcère de l'estomac perforé sans rupture. *Lancet*, 1898, 1, p. 565.

(2) Robson. *Lancet*, 1900, I, p. 747.

(3) Cas de Gibbon, de Philadelphie ; *Medical Record*, 1903.

(4) Moynhian, *British. Méd. J.* 1903, 29 août, II, p. 604.

Occlusion intestinale aiguë. — La confusion est fréquente, lorsque les commératifs manquent.

« On pense à l'occlusion, dit Schwartz, à cause de ce signe si banal : absence de selles et de gaz, avec ou sans vomissements. Ce signe n'est pas synonyme d'occlusion ; il traduit aussi bien une paralysie de l'intestin qu'un obstacle au cours des matières, et se rencontre toujours dans le cas de septicémie péritonéale, péritonite diffuse ou généralisée. Le *grand danger* de ce diagnostic est qu'il fait perdre quelquefois un temps précieux pour lever le soi-disant étranglement (lavements, purgatifs, etc.). »

Ici, la veille encore, le malade avait des gardes-robes *régulières*, et les voies digestives en bon état.

Dans l'occlusion intestinale, la douleur est moins brusque, moins intense au début, qui n'est jamais marqué par le coup de poignard péritonéal. Le ventre est distendu, les anses intestinales sont visibles ; il n'y a pas de disparition de la matité hépatique, pas de matité dans les flancs, pas de fièvre ; l'absence des selles et des gaz est constante.

Les vomissements, par leur *persistance*, présentent un frappant contraste avec les vomissements dans la perforation de l'estomac, qui, au début, lorsqu'ils existent, ne se renouvellent ordinairement que deux ou trois fois seulement.

Le diagnostic n'en reste pas moins cependant bien difficile dans bien des cas ; nous nous bornerons à rappeler ceux de Sourdille (1) et de Bourlot (obs. LXVIII).

(1) Sourdille, *Soc. Anat.* 1895, p. 301. F..., 49 ans, ayant eu un

Hémorragie interne. — Quelle qu'en soit l'origine, elle donne un état syncopal, avec prostration subite, refroidissement périphérique et sueurs profuses. La douleur est nulle, ou à peu près ; Le facies n'est pas grippé ; les téguments et les muqueuses sont décolorés ; la température est abaissée ; le pouls artériel est imperceptible. (1).

Rupture de la rate. — Elle s'accompagne de vives douleurs dans l'hypochondre gauche et des signes de l'hémorragie interne. Il y a souvent en même temps des vomissements et des selles involontaires.

La mort est rapide, par hémorragie.

Hémorragies et *inflammations du pancréas.* — Elles peuvent être causes d'erreurs. Les suppurations du pancréas d'après J. L. Faure (2) sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne croit, ce qui serait dû à la proximité de l'ampoule de Vater.

Le diagnostic de la *pancréatite aiguë*, dit Petersen (3)

ulcère de l'estomac sans symptômes depuis 15 ans ; accidents aigus pris pour occlusion intestinale, mort en 24 h.

(1) Le cas de Stokes est intéressant : il conclut à une péritonite par perforation plutôt qu'à une hémorragie interne, dans un cas embarrassant, parce que si les battements de l'artère radiale étaient imperceptibles, ceux de l'artère fémorale étaient *plus violents* que de coutume, ce qu'il attribua à l'irritation locale produite par la péritonite, cité par Auffray. *l. c.*

(2) J. L. Faure, *Congrès franç. de chir.* 1902, p. 657. Cite à l'appui l'obs. d'une j. fe. présent. des accidents abdom. graves, qui lui parurent dûs à une *perforation de l'estomac.* Il s'agissait en réalité d'une collection purulente rétro-gastrique dont l'origine était le pancréas diffluent et sphacélé.

(3) Petersen. Soc. de Heidelberg, in *Münch. méd. Woch.* 7 jan-

est toujours très difficile, car il manque le plus souvent les signes les plus caractéristiques ; douleur épigastrique, glycosurie, modification des selles. Pour lui, il y a deux causes prédisposantes importantes : l'alcoolisme et l'obésité.

Brunner note encore la *torsion* des tumeurs pédiculées de l'abdomen, comme pouvant donner la symptomalogie des perforations de l'estomac ; mais un kyste de l'ovaire, par exemple, donnera des manifestations pelviennes avant l'apparition de la péritonite.

L'on a cité aussi les *embolies* et *thromboses* des *vaisseaux mésentériques.*

Notre maître, M. le professeur agrégé Mauclaire, nous a rappelé deux cas dans lesquels, devant le syndrome de la péritonite par perforation, il a fait une laparatomie exploratrice et trouvé de la *phlébite des vaisseaux mésentériques.*

L'embolie mésentérique est rare. Picqué et Grégoire (1) n'ont pu en retrouver que 12 observations, sur lesquelles 5 seulement suffisamment complètes pour en tirer quelques conclusions. L'observation de Thompson (n° 47) en est probablement aussi un exemple.

Le malade est bien portant ; brusquement, il est pris d'une douleur abdominale aiguë, rapidement croissante, de vomissements et d'hématémèse ; tout à coup les

vier 1902, rapporte le cas d'un homme, 22 ans, toujours bien portant, brusquement pris de violente douleur dans le ventre et de vomiss. L'état s'aggrave. Ventre tendu, sensible, laparotomie explor. sans résultats. Mort 4 h. après. Autopsie : nécrose graisseuse du pancréas.

(1) Picqué et Grégoire. *Soc. de chir.* janvier 1902.

symptômes s'aggravent, le facies devient mauvais, grippé, la température monte, le pouls est fuyant, rapide. C'est toujours, dit Picqué, la veille ou l'avant-veille de la mort que s'est montrée cette aggravation subite.

La douleur commence plutôt dans la région lombaire, puis présente son maximum à l'ombilic et l'épigastre ; elle est accompagnée de tension et de tympanisme, mais il y a *toujours* des vomissements, d'abord alimentaires, puis souvent sanglants et noirâtres ; il y a des coliques violentes, mais les selles *persistent*, régulières et normales, du moins au début. Kussmaul et Gerhardt (1) ont encore noté l'existence d'un peu d'ascite, et d'*embolies*, dans d'autres territoires vasculaires.

Le diagnostic, du reste, s'égare plutôt vers l'occlusion aiguë, ou l'appendicite avec péritonite généralisée.

La seule cause qu'on ait pu constater jusqu'ici de ces accidents, dont l'origine est probablement infectieuse, a été quelquefois une diarrhée prémonitoire d'assez longue durée.

Coliques hépatiques. — Le diagnostic a son importance, et peut être difficile ; en effet, l'ictère et la présence de la bile dans l'urine sont des signes tardifs, et surviennent à un moment où le diagnostic doit être déjà fait.

Ces coliques n'ont jamais d'emblée la violence des douleurs péritonéales consécutives à la perforation de l'estomac ou du duodénum ; elles sont bien différentes de ces

(1) Kussmaul et Gerhardt, cités par Ott. *Münch. Med. Woch.* 3 avril 1902.

dernières qui, après une ou deux heures, portent déjà le « masque péritonéal » (Dieulafoy).

De plus, l'irradiation des douleurs dans l'hypochondre droit et l'épaule est ici la règle et non l'exception. Les vomissements sont plus abondants, plus répétés. Le pouls est normal, et l'apyrexie presque constante.

Il faut se rappeler, cependant, que la fièvre hépatalgique que l'on trouve quelquefois, pourrait pousser, dans un cas difficile, à soupçonner une péritonite qui n'existe pas.

Coliques néphrétiques. — Ici, l'erreur est encore plus rare et le diagnostic plus facile. Brunner croit nécessaire de mettre en garde contre la confusion possible.

Coliques de plomb. — C'est un des diagnostics différentiels sur lequel les auteurs passent le plus rapidement, comme si l'erreur était exceptionnelle. Il n'en est rien, et l'ulcère latent ou méconnu a dû souvent déterminer une perforation gastrique prise pour une colique de plomb dans la première période, la seule presque où l'erreur soit utile à éviter, d'autant qu'il peut exister, chez les ulcéreux, des signes avérés de saturnisme.

Brunner prend cette erreur en considération. Nous même en rapportons deux cas inédits, où l'erreur a peut-être coûté la vie aux malades (1).

Le contraire peut arriver, et un accès de colique satur-

(1) Souligoux (*Soc. Anat. juill.* 1897, p. 640), Godlec (v. p. 122), ont noté un cas de perforation duodénale ayant simulé la colique de plomb.

nine peut être pris pour une perforation d'ulcère stomacal.

Collin en a rapporté uue observation (2).

Empoisonnement. — Dans le diagnostic, difficile entre tous, des perforations par ulcère latent, la cause d'erreur dûe à l'empoisonnement tient une place des plus importantes. De nombreux exemples le prouvent. Sans remonter à la mort d'Henriette d'Angleterre, il nous suffira de rappeler les observations de Chaussier (1), de Gérard (Obs. I), de Gastellier (Obs. II) ; celle de Cruveilhier (Obs. VI), où les douleurs débutèrent immédiatement après l'ingestion d'un verre de vin, si bien que l'on crût celui-ci empoisonné ; celle de Baptiste (2), de Leudet (3) ; de Pariser.

Kirster (4) rapporte un exemple de perforation gastrique par la sonde.

Grasset, à propos d'une observation semblable (nº 20)

(2) Collin, *Thèse*, Paris, 1894.

(1) Observation de Chaussier, in *th.* Laîné, Paris, 1819 : le mari fut accusé d'avoir empoisonné, avec de l'arsenic, sa femme morte subitement d'une perforation d'ulcère de l'estomac.

(2) Baptiste, *Thèse*, Lyon 1883 : le professeur Lacassagne et le docteur Contagne eurent à faire l'autopsie médico légale du nº P. le 28 janvier 1881. Cet homme, qui vivait en concubinage, mourut dans des circonstances mystérieuses qui éveillèrent des soupçons de crime contre sa maîtresse. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une perforation consécutive à un ulcère de l'estomac.

(3) Leudet, cité par Brouardel, a rapporté le fait suivant : Pendant qu'il était interne à l'Hôtel-Dieu, un homme sort brusquement de la boutique d'un marchand de vins, en face de l'hôpital, en se tenant le ventre, en proie à de vives souffrances : et en criant : « ils m'ont empoisonné ! » Il meurt à l'Hôtel-Dieu ; Leudet fait son autopsie et constate qu'il a une perforation au niveau d'un ulcère simple de l'estomac. et un commencement de péritonite.

(4) Kirster : Münch. méd. Wochenschrift, 1901, nº 2, p. 92.

d'ulcère latent, dont la perforation pouvait simuler un empoisonnement (5), écrit les réflexions suivantes :

Ce sont là des exemples bien remarquables de lésion latente, de maladie absolument silencieuse. Voilà des sujets qui marchent, travaillent, se fatiguent, digèrent une alimentation grossière, font des excès de boissons, cela sans maladie, sans fatigue, sans malaise même, et qui cependant portent une lésion qui a détruit déjà une partie de la paroi gastrique, et a produit une péritonite circonscrite...

... Quelle différence entre ce silence symptomatique, et tout l'appareil bruyant constaté chez d'autres !

... Je ne *connais pas de faits* qui établissent mieux le rôle immense de la spontanéité vivante dans la production et la marche des maladies, et qui montrent mieux combien il est et sera toujours impossible d'établir une relation mathématique quelconque entre les lésions trouvées à l'autopsie et les phénomènes constatés pendant la vie...

Le professeur Brouardel dit à ce propos (1) :

« L'ulcère rond simple de l'E. peut évoluer d'une façon

(5) Grasset. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1877, p. 85.

(1) Brouardel : *La mort et la mort subite*. Paris, p. 211 :

Il nous semble intéressant de rappeler les conclusions tirées de l'autopsie médico légale d'un homme, dont la mort subite, due à une perf. d'ulc. d'E, avait éveillé des suspicions d'empoisonnement : « Conclusions. 1° La mort du sieur D. est la conséquence d'une perforation de l'estomac.

2° Cette perforation a été causée par un ulcère rond de l'estomac, affection dont le sieur D. était atteint depuis longtemps, ainsi que le démontre l'aspect de l'ulcère lui-même et des lésions de voisinage.

3° Il se peut que cet ulcère n'ait déterminé pendant la vie que

latente sans déterminer de troubles fonctionnels marqués ; la suspicion d'un empoisonnement peut donc, on le comprend aisément, germer dans l'esprit de quelque parent ou ami du défunt. Cette suspicion se manifeste d'une façon beaucoup plus fréquente, je dirai même *elle est constante* quand une personne succombe à une perforation de l'E. avec des symptômes caractérisant une péritonite... »

Dans d'autres cas, à la suite d'un trauma léger, suite de lutte ou d'accident, l'individu perd connaissance et meurt rapidement.

L'autopsie montre un ulcère ancien, prêt à se perforer, et le choc n'a fait qu'avancer le moment d'une complication imminente (1).

Il importe donc au plus haut point, de bien poser le diagnostic *quand on soupçonne un empoisonnement.* Il faut d'abord tenir grand compte de l'âge, des antécédents, des conditions dans lesquelles les premiers symptômes ont apparu. Les substances caustiques et corrosives peu-

des symptômes légers, de façon que la gravité de l'état du sieur D. a pu être complètement méconnue *par lui-même* et par son entourage.

(1) Un rapport de Vibert, in *thèse* Brayer, Paris, 1893, p. 71, est très instructif à cet égard. Il s'agit d'un cocher qui tombe de sa voiture le 6 novembre 1892 et meurt le lendemain. Voici les conclusions : 1. Le sieur M. a été atteint d'une perforation qui s'est produite spontanément comme terminaison d'un ulcère ancien de cet organe. 2. C'est cette perforation qui a entraîné la perte de connaissance du sieur M. et sa chute... Cette perforation qui était large et communiquait librement avec la cavité péritonéale devait entraîner fatalement une péritonite aiguë et la mort du sieur M. *alors même* que celui-ci n'aurait pas fait une chute du haut de son siège... »

vent déterminer une perforation de l'estomac avec tout son cortège ; mais leur simple passage laisse des traces (érosions de la muqueuse, brûlures ou autres) sur la langue, les parois de la bouche, du pharynx et de l'œsophage. Il faut enfin faire l'analyse chimique des matières vomies ou contenues dans l'estomac.

Nous ajouterons quelques lignes sur l'empoisonnement aigu par l'*arsenic* ; celui-ci peut déterminer un complexus symptomatique se rapprochant de celui de la perforation de l'estomac : douleurs épigastriques, puis abdominales ; bientôt, ventre dur, ballonné, sensible ; pouls rapide, fièvre ; convulsions qui peuvent être prises pour les mouvements désordonnés provoqués par la perforation.

Mais il y a une constriction remarquable du pharynx au début, et des évacuations alvines qui cessent après un ou deux jours, du reste ; des crampes douloureuses, des éruptions cutanées (miliaire, pustules) ou même parfois de l'ictère.

Gastralgie. — La crise est souvent brusque, vive, et s'accompagne de vomissements et de contracture de la paroi ; mais il n'y a pas de sonorité préhépatique, de matité anormale, de fièvre ; le soulagement produit par la pression, les commémoratifs nerveux, et surtout, le peu de durée de l'accès, rassureront vite le clinicien.

Cependant, l'erreur peut-être commise ; Thomsen et Jowers ont opéré chacun un malade dont le péritoine était normal.

Hystérie. — Elle peut simuler non seulement un ulcère

de l'estomac, mais même, comme le dit Dieulafoy, une perforation de l'estomac. L'observation de Parry (1) est typique à cet égard (2).

Le diagnostic pourra se faire par la présence des stigmates hystériques : anesthésie pharyngée, hémi-anesthésie, ovarie, rétrécissement du champ visuel, zônes hystérogènes.

Crises gastriques du tabes. — Elles pourraient certainement simuler une perforation d'ulcère de l'estomac jusque-là inaperçu. Il faudra rechercher, et surtout songer à rechercher les signes du tabes, particulièrement l'état des réflexes, et l'Argyll Robertson.

Il existe des cas assez nombreux où le diagnostic de perforation d'ulcère de l'estomac et même la laparotomie ont été faits alors qu'il s'agissait de *pleurite*, de *pleuro-pneumonie*, de *pneumonie* (1).

Tels sont les états pathologiques qui pourraient donner le change, surtout dans le cas d'ulcère latent ou méconnu Il est tout naturel, vu leur fréquence, que l'on pense, en premier lieu à l'appendicite, et à l'occlusion aiguë ; mais l'on ne devra jamais oublier la possibilité de la perfora-

(1) Parry-Wilson. Voyez le résumé de cette obs. p. 194 (n° 92).

(2) On peut aussi rappeler les laparotomies faites là où il s'agissait de crises de gastralgie hystérique, citées par Symonds. *Lancet*, 1898, t. II, p. 1477. Par Stewart, *Lancet*, 1900, t. II, p. 1134.

(1) Obs. de Walker, *Lancet*, 1902, t. II, p. 4. — Obs. de Symonds, *Lancet*, 1898, t. II, p. 1477. — Obs. de Bamard, *Lancet*, 1902, t. II, p. 280. — Obs. de Hampelen, *Zeits. f. Klin. Med.*, t. 45, p. 448.

tion d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou enfin d'un empoisonnement.

Il semble bien ressortir, en dernière analyse, qu'il a toujours existé, dans la plupart des cas d'ulcères latents ou méconnus, des troubles vagues du côté de l'estomac, comme l'avaient déjà dit Valleix et Brinton.

Mais nous avons déjà vu combien cette recherche est souvent difficile, en dehors de la presque impossibilité d'interroger le malade.

Ce n'est quelquefois qu'après l'opération qu'on obtient des renseignements positifs : plus tôt, ils auraient été extrêmement importants pour le diagnostic et l'intervention.

Nous croyons cependant que, dans le cas contraire, lorsque l'anamnèse aura pu être recherchée soigneusement, auprès d'un malade capable de s'observer ou d'un entourage intelligent, et que rien n'aura été constaté du côté de l'estomac, il y aura beaucoup de chances pour que celui-ci ne soit pas en cause, même si le maximum de la douleur siège à l'épigastre.

DIAGNOSTIC DE LA DEUXIÈME PHASE

Péritonite généralisée.

Quelques heures, 24 au plus, suffisent à transformer l'état général ; les signes particuliers disparaissent noyés dans la réaction générale du péritoine. Souvent, comme le dit Gross (1) on est forcé de se contenter du diagnostic

(1) Gross, *Rev. de Chir.* 1904, p. 741.

de *péritonite par perforation* et même de celui de *péritonite généralisée* sans pouvoir en préciser la cause.

Les accidents péritonéaux se développent plus ou moins rapidement, ce qui est en rapport avec l'abondance et la virulence du contenu gastrique expulsé dans l'abdomen.

On peut retrouver ici la forme *septique* foudroyante, ou la forme suppurée de la péritonite.

Quoiqu'il soit bien difficile d'essayer de différencier ces péritonites aiguës, Courtois Suffit pense qu'elles présentent plus spécialement l'instantanéité du début, la disparition précoce de la matité hépatique, la rapidité extrême de l'évolution (2) ; nous nous permettons d'ajouter à ces signes les *nausées violentes* non accompagnées de vomissements.

Le Dentu ajoute enfin que des *péritonites insidieuses*, peuvent être consécutives à la perforation, sans douleur ni fièvre, ni ballonnement, ni vomissements. Il restera, dit-il, le pouls, le rythme respiratoire, la sécrétion urinaire, la voix, la rigidité de la paroi, le facies, le refroidissement des extrémités malgré une température normale, les allures enfin de la maladie.

DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS

L'abcès sous-diaphragmatique est la complication la plus fréquente. Facile à reconnaître, après un ulcère de l'estomac avéré, ou une perforation constatée clinique-

(2) Courtois Suffit, in *Manuel de médecine*, 1895, p. 323.

ment, le diagnostic en sera complexe après une perforation lente et insidieuse, un ulcère latent. Nous rappelons, du reste, que ces perforations, exceptionnelles dans l'ulcère, sont presque la règle dans le cancer ou la tuberculose de l'estomac.

Il faut d'abord faire le diagnostic de l'abcès intra abdominal, et de son siège : nous en avons rappelé les signes plus haut (page 43).

Le diagnostic sera surtout à faire avec une *pleurésie de la base enkystée et purulente*, ou un *pyopneumothorax enkysté* ; accessoirement avec un *abcès du foie*.

Le foyer suppuré siège-t-il *au-dessus* ou *au-dessous* du diaphragme ? Comme le dit Gross, la différenciation peut être fort délicate.

La ponction exploratrice, répétée à endroits différents et à époques variées, peut donner des résultats : en ramenant du liquide dont l'aspect, l'odeur, l'examen bactériologique seront considérés ; des gaz, dont *l'odeur fécaloïde* décèlera l'origine digestive et par conséquent sous-diaphragmatique ; en remarquant la force de l'écoulement, suivant l'inspiration ou l'expiration, variable d'après le siège sus ou sous-diaphragmatique ; en permettant quelquefois de recueillir des liquides différents, par exemple celui d'un abcès sous-diaphragmatique, purulent, et celui d'une pleurésie enkystée, purulent ou non purulent.

Mais, lorsque le pus est trouvé, il est encore fort difficile de savoir s'il siège au-dessus ou au-dessous du diaphragme, car on peut avoir perforé celui-ci de part en part. Furbringer (1) dit que dans ces cas, l'aiguille suit

(1) D'après Lejars, *Sem. méd.* 1902, p. 98.

les mouvements du muscle, et que la portion extérieure les traduit en sens inverse.

Il importe de rappeler la facilité avec laquelle s'infecterait le trajet de la ponction, avec phlegmon consécutif, si l'on ne marchait le vide à la main, « en aspirant à chaque pas », comme dit Lejars.

Lorsque notre maître, le docteur Faisans, ponctionne une pleurésie purulente, il injecte ordinairement, en retirant le trocart, quelques gouttes d'une solution de sublimé au 1/1000. Cette précaution, facile à prendre, pourrait être employée dans tous les cas.

Enfin, la disparition de la matite hépatique ne se rencontre jamais dans le pyopneumothorax vrai. L'état des poumons est aussi de première importance.

Il en est de même des plèvres, quoique l'on ait constaté souvent des pleurésies purulentes ou même séreuses à la suite d'abcès sous-phrénique.

L'abcès sous-diaphragmatique est définitivement reconnu : quelle en est la cause ? La présence des gaz trahit presque toujours une origine gastrique ; cependant ceux-ci peuvent être dûs au liquide lui-même (1).

(1) Nous l'avons constaté chez un homme de 45 ans dans un cas d'abcès sus-hépatique, consécutif à une appendicite, qui ne s'était signalée que par une attaque légère remontant à 6 mois, et oubliée complètement par le malade. La matité hépatique n'était pas disparue, mais déplacée ; elle descendait très bas dans l'abdomen, et était augmentée dans son étendue. L'hypochondre droit était complètement sonore, et la succussion hippocratique facile à trouver une ponction intercostale ramena des gaz fétides et du pus. On fit le diagnostic de *pyopneumothorax d'origine tuberculeuse*, en égard à quelques signes peu marqués du côté des poumons. L'empyème révela une plèvre saine.

Tous les autres organes de l'abdomen peuvent être la cause d'abcès sous-diaphragmatique : il faut donc les examiner chacun à leur tour ; ce sont d'abord ceux de la région sus-ombilicale : foie, voies biliaires, pancréas, rate, rein même. Le plus fréquemment peut-être, c'est l'appendice qui est en cause.

On a même signalé des abcès sous-phréniques d'origine costale tuberculeuse.

DIAGNOSTIC APRÈS LA LAPAROTOMIE

Dans les interventions pour péritonites aiguës, il est arrivé de chercher sans résultat le *siège* de la perforation supposée, et de refermer l'abdomen en laissant évoluer une péritonite dont on n'avait pu trouver la cause.

On s'est donc demandé si, le péritoine ouvert, il n'y aurait pas quelques *signes complémentaires* pouvant renseigner sur l'existence de la perforation, et sur son siège.

Dans la perforation du tube digestif, les anses intestinales *ne tendent pas à faire hernie*. C'est le contraire dans l'*occlusion intestinale*, où du reste le météorisme, et les contours des anses dilatées sous la peau sont toujours plus accentués.

Quand le péritoine est incisé, il s'échappe beaucoup de

Il fallut traverser le diaphragme pour atteindre la collection. Mort 2 jours après.

Au. — Enorme poche entre le diaphragme et la face supérieure du foie, réunie par une fistule antérieure à la région de l'appendice. Celui-ci avait disparu au milieu d'un fouillis de fausses membranes.

gaz, ce qui fait penser à une perforation. Ces gaz sont *inodores*, ou ont une *odeur fécaloïde*, ou une odeur *acide*.

« Quand la perforation siège sur le tube digestif, disent Siredey et Danlos, le péritoine contient des gaz qui se dégagent dès que le scalpel a pénétré dans le ventre, et dont l'odeur est d'autant plus fétide que la perforation est plus voisine du rectum (1) ».

Steinthal dit, en 1888. « La laparotomie faite, le diagnostic peut-être éclairé de la façon suivante : quand le péritoine laisse échapper des gaz inodores, on a probablement affaire à une perforation de l'estomac, tandis que des gaz fétides viennent de l'iléon ou du côlon ».

Plusieurs chirurgiens croient au contraire que l'odeur du liquide stomacal est *acide, sûre*. Schuchardt affirme que l'odeur acide lui permit de diagnostiquer plusieurs fois une perforation de l'estomac (2).

Nous ajouterons que l'odeur de *lait caillé* est pathognomonique.

Quelquefois, cependant, l'odeur des matières venant de l'estomac est *fécaloïde* (3).

L'aspect des liquides intra-péritonéaux est de la plus haute importance. Ils peuvent contenir des débris d'aliments : pépins, lait, bouillon, etc. Leur réaction au tournesol est acide, recherche facile à faire faire pendant qu'on éponge la cavité abdominale.

(1) Siredey et Danlos, article du dict. Jaccoud.

(2) Schuchardt, *Arch. f. Klin. chir.*, t. 50, p. 615.

(3) Obs. n° 45, 46. Schuchardt. Ici, l'odeur fécaloïde fit d'abord écarter l'estomac comme cause de la perforation, malgré la présence d'adhérences entre le foie et l'estomac.

Ces liquides viennent quelquefois par *saccades synchrones* à la respiration.

On a parfois vu des *bulles de gaz* s'échapper à travers le liquide (obs. nº LXXXVII Gaudemet).

Les lésions péritonéales vont quelquefois *en s'accentuant* à mesure qu'on s'approche de l'estomac. C'est un signe rare, mais précieux, qui ne s'observe malheureusement, que dans les interventions précoces (de même que pour les gaz inodores).

Cependant, les signes de péritonite peuvent prédominer dans le petit bassin, et faire croire à un point de départ pelvien, du côté des annexes par exemple (obs. XXXV. Walther).

Il peut arriver que la perforation siégeant haut, l'estomac reste plein et distendu (obs. LII, Bégouin, où la perforation siégeait près du cardia). Cette plénitude pourrait être dangereuse en faisant croire à l'absence de perforation.

En résumé, dans toute laparatomie pour péritonite de cause mal définie, il ne faut jamais négliger de s'assurer de l'état de l'estomac, dès le *début de l'opération*.

Il arrive en effet souvent que lorsqu'on songe à examiner celui-ci, c'est après d'autres recherches longues et infructueuses, après avoir vu tout l'abdomen ; à ce moment, le malade n'est plus en état de supporter une prolongation de l'opération. On referme ; le malade meurt, et le siège de la perforation n'est trouvé qu'à l'autopsie.

Donc, l'ordre des recherches nous semble devoir être : l'appendice d'abord, l'estomac *immédiatement* après.

PRONOSTIC

La perforation de l'ulcère simple de l'estomac est infiniment grave. La mort est presque inévitable. Elle survient rapide, par péritonite septique, en 24 heures environ.

Sur 33 cas colligés par Choppin (1) et Leblanc (2), elle est survenue 18 fois dans les 24 heures, c'est-à-dire dans *plus de la moitié des cas*. C'est la proportion indiquée par Barling. Sur 48 observations, nous l'avons notée 22 fois. La moyenne du temps écoulé entre le début des accidents et la mort a été de 26 heures et demie pour 28 femmes, de 20 heures et demie pour 13 hommes.

La mortalité, d'après Brümer, serait au moins de 95 à 97 0/0. La perforation duodénale serait plus redoutable encore pour Dieulafoy, « car les substances toxi infectieuses de la digestion passent dans le péritoine sous forme de chyme venu de l'estomac, et de matières fécales remontant de l'intestin par mouvements antipéristaltiques. »

Le pronostic dépend de plusieurs facteurs, qui ont été fort bien étudiés par G. Heaton (3).

L'un est *l'état de l'estomac au moment* de la perforation; s'il était *vide*, il peut n'y avoir que peu ou pas d'aliments extravasés.

(1) Choppin, *Thèse*, Paris 1896.
(2) Leblanc, *Thèse*, Paris, 1896.
(3) G. Heaton, *Brit. Médic. Journ.* 1902, t. II, p. 98.

La présence ou l'absence de *vomissements entre* la perforation et l'opération est importante. Les nausées et les vomissements répétés sont de mauvais augure, car il s'échappe chaque fois des aliments dans l'abdomen.

Le *temps écoulé* entre la perforation et l'opération est de la plus haute importance pour le pronostic. Voici un tableau très instructif à cet égard, dû à Robson et Moynihan (1).

Entre la perforation et l'opération, il s'est écoulé :

Moins de 12 h.....	Mortalité	28,5 0/0.
— 12 à 24 h.....	—	63,6 0/0.
— 24 à 36 h.....	—	87,5 0/0.
— 36 à 48 h.....	—	100,0 0/0.
— 48 et au-dessus...	—	51,5 0/0.

La grandeur de la perforation. — Parce que sa grandeur permettra un plus grand écoulement de matières dans le péritoine ; elle augmentera les difficultés de la suture, et diminuera la sécurité dans sa résistance à venir.

Le nombre. — Chaque perforation ajoute au danger. Pour Robson, on trouve plus d'une perforation dans 20 0/0.

Le *siège*, au point de vue de la facilité opératoire. — A la face antérieure, la perforation est difficile à atteindre, lorsqu'elle est située haut, sous les côtes, près du cardia. A la face postérieure, où la perforation dans la grande cavité est heureusement rare, elle est extrêmement difficile à occlure.

(1) Robson et Moynihan : *Diseases of Stomach*, p. 161.

Si l'opérateur, dit Heaton, trouve la *péritonite générale* bien avancée, il peut perdre tout espoir.

Nixon (1) attache une grande importance au *mouvement après la perforation*. Il en constate tous les dangers et dit combien la position *couchée* serait favorable dans de pareils cas, pour éviter les complications et sa conclusion est celle de Tobin: Le chirurgien doit aller au patient, et non le patient au chirurgien. Il vaut mieux opérer le malade chez lui qu'à l'hôpital, malgré les avantages que présente celui-ci. Dans la pratique, malheureusement, il en est toujours autrement.

L'on a cité quelques cas de *guérison spontanée*.

Ils sont infiniment rares, et peuvent peut être, la plupart, être mis sur le compte d'une erreur de diagnostic.

En cas de perforation supposée, l'avis de tous les chirurgiens, à l'heure actuelle, semble être de conseiller une *laparotomie exploratrice*, seul moyen, quelquefois même infidèle, d'éviter une erreur.

L'opération, du reste, ne met pas à l'abri d'une récidive (2).

Nous ne saurions mieux faire que de rappeler la conclusion de Michaux dans son rapport à la société de chirurgie (3).

« Il est absolument nécessaire que les médecins connaissent bien cette marche ultra rapide des accidents de per-

(1) Nixon, *Brit. med. J.* 1902, I, 1145.

(2) Aitken, *Br. med. J.* 1904, I, p. 665 cite un cas où il opéra deux perforations de la face antérieure de l'estomac, avec succès d'ailleurs, à cinq mois d'intervalle.

(3) Michaux. Soc. chir. 11 mars 1896, p. 229.

foration, pour qu'ils puissent appeler à temps le chirurgien et faire comprendre aux parents qu'il n'y a pas une minute à perdre...

L'intervention chirurgicale ne doit pas être discutée, elle est imposée par la fréquence relative et la gravité extrême de ces perforations, et par l'évolution ultra rapide et fatale de la péritonite généralisée qui en est la conséquence habituelle. »

Wallis (1) dit de son côté : « Malgré les erreurs de diagnostic (perforation de l'estomac diagnostiquée à faux), il n'y a pas de comparaison entre les dangers courus par suite de l'opération et ceux par suite de perforation méconnue. »

En résumé, donc, *la perforation, c'est la mort* ; *la temporisation, c'est la mort* ; seule, une *opération précoce* peut peut-être sauver le malade ; il faut donc toujours la tenter, même au risque d'une *erreur de diagnostic.*

(1) Wallis. *Lancet*, 1898, t. II, 1477.

OBSERVATIONS

Observation I (Résumée). — Gérard. *Des perforations de l'estomac.* Paris 1803. — *U. latent. Perforation. Mort 12 heures après le début des accidents.* — H..., 30 ans, grand, bonne santé. Il n'avait mangé dans la matinée que quelques onces de pain et bu un verre d'eau, lorsqu'il fut saisi tout à coup d'une douleur atroce qui le forçait à se tenir courbé jusqu'à terre, et de comprimer son ventre avec les bras pour se soulager. Il se coucha sur son lit et vomit les aliments pris le matin. « Les muscles du bas-ventre étaient si contractés, que la paroi antérieure de cette cavité paraissait collée au rachis ».

Mort 12 heures après le début.

Aut. Estomac. — Perforation arrondie, comme faite à l'emporte-pièce, à la petite courbure, à un pouce du pylore, du diamètre de une ligne et demie, et par où les boissons s'étaient échappées dans l'abdomen.

Observation II (Résumée). — Gastellier. *Journal de méd. et chir.*, 1815, t. XXXIII, p. 24, cité par Choppin, *th.*, Paris 1896. — *U. latent. Perforation. Mort 7 heures après le début.* — Mlle Deverton, pensionnaire des D. dominicaines, après avoir passé la soirée du 27 juillet 1775 fort gaiement dans les jardins et y avoir même chanté jusqu'à 11 heures, se retira avec ses compagnes pour aller se coucher ; elle dormit d'un bon sommeil jusqu'à 3 heures du matin, lorsqu'elle fut éveillée par

des douleurs d'estomac les plus aiguës, douleurs si violentes, qu'elle réveilla toute la maison. Comme ces dames avaient une pharmacie bien assortie, elles essayèrent quantité de remèdes calmants et autres, le tout sans le moindre soulagement. Je vis la malade vers les 7 heures, avec tous les signes précurseurs d'une mort prochaine... Je fis part de mes soupçons sur la cause d'une mort aussi précipitée, que j'attribuais à l'*action délétère de quelque poison...*, enfin, elle expira vers les 10 heures, ce qui, au total, depuis l'invasion de sa colique jusqu'à la terminaison, n'a fait que 7 heures.

Au. — Pas de péritonite ; grains de groseille dans le ventre.

E. — Dans la partie moyenne et antérieure de la grande courbure, deux perforations de forme orbiculaire et d'une grandeur telle qu'aurait pu former une balle de plomb. A l'intérieur de l'E. seulement, les bords étaient amincis et livides.

Observation III (Résumée). — Duparque. Acad. médecine, 24 mai 1831. *Transac. médicales*, 1831, t. IV, p. 123. — *U. latent. Perforation. Mort 12 heures après le début.* — F..., 17 ans, n'avait jusque là présenté que quelques signes légers de chlorose et quelques troubles menstruels.

26 fév. : Fait plusieurs courses, monte plusieurs fois des escaliers de quatre étages, prend une leçon de danse, et n'éprouve de tout cela ni fatigue, ni dérangement quelconque. A 5 heures, mange de bon appétit. Travaille ensuite à une de ses toilettes ; est très gaie.

A 8 heures du soir, en mettant son châle pour partir, est prise de toux et d'éternuements qui donnent lieu immédiatement à une douleur brûlante dans l'hypochondre gauche. Puis, lypothimie, nausées. — Mort le lendemain sans agitation ni agonie, à 8 heures du matin.

Aut. E. — Face ant., à la partie gauche et supér., à deux pouces du cardia, est une ouverture circulaire d'une ligne et demie de diamètre. Les bords de l'excavation, arrondis et comme cicatrisés, sont coupés régulièrement dans un tiers

environ de la circonférence, obliquement dans les deux autres tiers.

Observation IV (Résumée).— Ubersal. *Arch. gén. de méd.*, 1831, t. XXIV.— *U. latent. Perfor. Mort 19 heures après le début* — F..., 21 ans, servante, atteinte 18 mois auparavant d'une pleurésie avec léger crachement de sang. Depuis, bien portante et très bon appétit.

Depuis six semaines, se plaignait de temps en temps de malaise ; on voyait son ventre prendre un peu d'accroissement, ce qui lui attira des railleries. Elle avait, surtout quelques jours avant sa mort, la figure tirée, l'air triste.

21 avril 1831. A 10 heures du soir, était encore occupée du ménage et se couche en bonne santé. A 2 heures du matin, éveillée par des douleurs dans le ventre et les reins ; le matin, elle ne pouvait sortir du lit, avait perdu l'appétit ; elle se sentait une gêne dans la respiration, et était dans un état d'anxiété et de souffrance qui alla en augmentant jusqu'à 3 heures de l'après-midi.

Je trouvai la face animée, la respiration gênée, précipitée ; inquiétude, chaleur sèche, langue rouge, pouls fréquent, dur, irrégulier ; bas ventre tuméfié, empâté et sensible au toucher ; cette sensibilité est plus forte à l'hypochondre droit, où elle se plaint d'une douleur comme d'un point de côté, en respirant. Douleurs dans les reins et les lombes, toux sèche, urines peu abondantes, colorées ; constipation depuis 36 heures.

Une saignée est faite vers 5 heures.

A 6 heures du soir, amendement marqué, la malade prend avec plaisir un peu de soupe.

A 8 heures 1/2, des symptômes alarmants : malaise, anxiété, agitation, respiration laborieuse et constante, contorsion des membres, mouvements convulsifs de la face, yeux ternes et fixes, pupilles dilatées, extrémités glacées, sueurs froides. Le bas ventre se ballonne, pouls à peine sensible. Entre en agonie

et expire vers 9 heures du soir, sans avoir vomi ni même avoir eu des envies de vomir pendant sa courte maladie.

Aut. — Quelques tubercules dans les poumons ; lobe supérieur gauche adhérent à plèvre costale. Epanchement séro-sanguinolent de sept à huit onces dans les deux cavités pleurales.

Dans l'abdomen, une grande quantité de liquide jaunâtre, épais, fétide. Intestins normaux.

E. — Adhérence très forte de la petite courbure avec face concave du lobe gauche du foie. Sur la petite courbure, perforation d'environ un demi pouce de long sur quatre lignes de large. Le rebord est épais, rouge, enflammé, ulcéré.

A quelque distance de cette ouverture, une cicatrice bien distincte d'un U. existant antérieurement.

Observation V. — Moore. *Medical society of London*, 20 janvier 1834, in *London medical and Surgical journal*, 1834. — *Perforation de l'estomac.* — F..., 15 ans, grande et délicate, mais toujours gaie et d'un état de santé excellent, sauf cependant un peu de perte de l'appétit dans les derniers temps. Six mois auparavant étaient apparues les règles qui ne s'étaient pas reproduites depuis. Perdit soudain connaissance en poussant un grand cri. Elle était froide et pâle, les pupilles très dilatées, le pouls était presque imperceptible et elle vomit des matières glaireuses. Comme ces symptômes paraissaient liés à une *obstruction intestinale*, et comme le pouls était faible et petit, on lui donna un lavement purgatif et stimulant. Ce traitement produisit une légère amélioration. Elle fut saignée, le sang était de couleur artérielle et ne se coagulait pas. La malade avait toujours les mains placées sur la région de l'estomac, comme cela semblait indiquer qu'elle ressentait des douleurs à ce niveau on lui appliqua un cataplasme de moutarde.

Le docteur C... vit la malade dans la soirée et prescrivit une nouvelle saignée, mais la malade expira le lendemain matin.

Aut. — On ne trouva, malgré un examen minutieux, aucune lésion du cerveau, si ce n'est un peu de liquide dans les ventricules.

E. — A environ deux pouces de l'orifice cardiaque il y avait une ulcération ne présentant aucune élévation de surface qui avait détruit toutes les membranes de l'organe et laissait échapper le liquide dans la cavité abdominale. La muqueuse était rouge et était érodée sur une plus grande étendue que la membrane musculaire sous-jacente. Le péritoine recouvert d'exsudat était dépoli. Le liquide contenu dans la cavité abdodominale était un peu acide et après avoir été filtré sur du papier, laissait un dépôt de matière grasse.

Observation VI. — Cruveilhier. *Revue médicale*, 1838, t. I, p. 353. — *Ulcère simple de l'orifice pylorique de l'estomac suivi de perforation.* — Un charbonnier âgé de 23 ans, constitution athlétique, est apporté mourant à la Maison royale de santé le 15 décembre 1829. Abdomen ballonné, extrêmement douloureux par la pression ; coliques atroces, face profondément altérée, pouls grêle, extrémités froides. Ce malheureux, qui a toute sa connaissance, demande à grands cris du soulagement. Interrogé sur la cause de cette péritonite suraiguë, il répond que depuis dix jours il éprouve un léger malaise qui ne l'a pas empêché de continuer ses travaux, ni même de commettre des excès de boissons. La veille du jour de son entrée, au matin, ayant un sac de charbon sur les épaules, il est pris de douleurs abdominales tellement vives, qu'il peut à peine gagner son logis. Un médecin appelé se contenta d'une application de quelques sangsues sur l'abdomen et le lendemain voyant le malade désespéré, il le fit transporter à la Maison Royale de santé où il mourut trois heures après son entrée.

Avant l'ouverture j'annonçai que nous allions trouver une perforation spontanée de l'estomac ou des intestins, si toutefois la perforation n'était pas la suite de l'empoisonnement. L'abdo-

men ouvert avec précaution, nous avons trouvé dans la cavité du péritoine une grande quantité de gaz, de fausses membranes et un liquide boueux. Pour mieux reconnaître le lieu de la perforation, j'ai fait insuffler de l'air par l'œsophage ; aussitôt cet air s'est échappé avec bruit au niveau du pylore, et la perforation masquée par les fausses membranes a disparu. L'estomac ouvert du côté opposé à la perforation nous a présenté une ulcération en forme de zone qui occupait toute la circonférence de l'orifice pylorique. Le fond de cette ulcération était formé par les fibres musculaires et la perforation occupait l'un des points de cette zone.

Observation VII (Résumée). — Lefèvre. *Arch. gén. de méd.* 1842, t. XIV, p. 415, in *th.*, de Choppin. — *Santé parfaite. Symptômes de péritonite. Perforation de l'E. Mort 22 h. après le début.* — F..., 44 ans, fort bien constituée ; quatre grossesses, sans que sa constitution en ait souffert. Appétit bon, fonctions digestives régulières. N'éprouvait d'autre incommodité que parfois quelques doul. dans l'hypoch. gauche, qu'elle qualifiait de crampes d'estomac et auxquelles elle n'attachait aucune importance, car elle ne se manifestaient qu'à des époques éloignées.

6 juin 1836. — Après avoir dîné sobrement, fut prise vers 10 heures soir étant au lit, d'une doul. assez vive dans la région de l'E. avec quelques vomiss. de matières spumeuses. Ces douleurs s'amendèrent, puis reparurent, et la nuit se passa dans ces alternatives. Je la vis le 7 juin à 6 heures matin, les doul. avaient presque cessé, et la malade se trouvait mieux. J'attribuai les accidents à un *trouble* dans l'innervation des voies digestives.

A 8 h. on vint me dire que Mme... souffrait plus que jamais, elle avait vomi plusieurs fois. Je la trouvai en proie à des spasmes violents, jetant des cris perçants, se plaignant d'un accroissement excessif de la douleur à l'épigastre, se tordant sur son lit sans pouvoir garder aucune position. Tous les liq.

qu'elle prenait étaient rendus, mais *plutôt* par un mouvement de régurgitation que par un véritable acte de vomissement. P. petit, serré, lent, face pâle, peau froide et décolorée. Ventre dur et très développé dans la région splénique. Pas de hernie.

A 11 h. la dureté et le développement du ventre s'étaient accrus, la doul. de l'E. avait cessé pour faire place à une doul. plus vive dans le flanc gauche. Le pouls, toujours très faible, était plus fréquent, la peau des mains et des pieds était froide, la face pâle, décomposée. Extrêmement agitée. Tous ces sympt. annonçaient le développement d'une péritonite grave.

A 2 h. sympt. encore aggravés : le ventre augmentait à vue d'œil ; en percutant l'abdomen, on produisait une résonnance marquée, surtout à la partie la plus élevée ; les mains étaient couvertes d'une sueur froide, face fortement grippée. Mes confrères et moi pensons à la rupture de quelque tumeur ou organe de l'abdomen.

A 4 h. la douleur était devenue très vive dans l'hypogastre. La malade se plaignait de ne pouvoir satisfaire un besoin d'uriner. A 7 h. état tout à fait désespéré, le ventre était énormément distendu, la malade se plaignait d'un sentiment d'étouffement, le pouls était à peine sensible, les extrémités froides, couvertes de sueurs, la langue toujours pâle et humide. La malade s'agita beaucoup voulant sortir de son lit. A 8 h. elle se tourne sur le côté droit et meurt.

Aut. — L'ouv. de l'abdom. donne issue à une grande quantité de gaz et à un litre environ de liq. brunâtre épanché et contenant quelques matières alimentaires jusque dans le petit bassin. Dans l'hypoch. gauche il y avait une tumeur arrondie de couleur brun foncé offrant à sa surface une perfor. de la grandeur d'une pièce de trente sous et laissant échapper à travers ses bords une mat. noire, épaisse ; cette tumeur était formée par le grand cul-de-sac de l'E. Après avoir ouvert l'E. on constate qu'au pourtour de la perfor. les diverses tuniques des parois ne se répondent pas également ; la fibreuse ou cel-

luleuse est restée seule, elle se trouve dénudée de la séreuse en dehors, de la muqueuse en dedans.

Autres organes sains.

Observation VIII. — Prosper Rejon, rapportée par Lefèvre, *loc. cit.*, t. XV, p. 55. — *Apparence de santé parfaite, péritonite, perforation de l'estomac. Mort 48 heures après le début.* — F. 32, fille de peine peu réglée, pauvre santé, travaillant beaucoup, se nourrissant mal, restant souvent à jeun jusqu'à 3 h. de l'après-midi, et mangeant alors avec gloutonnerie, par suite sujette aux indigestions et se plaignant parfois de l'E., se trouvait très bien portante le 16 avr. 1842 passé à travailler chez un habitant de la ville. On lui donna son dîner qu'elle mangea avec répugnance. Dans la soirée elle fut prise tout à coup de viol. doul. d'E. avec sentiment de plénitude de cet organe, gêne extrême de la respir. et violents efforts pour vomir sans pouvoir rien rendre. Toute la nuit se passa dans cet état. On lui fit prendre des infusions de tilleul et de thé, mais ces boissons étaient immédiatement rejetées telles quelles.

Le dimanche cette fille souffrait davantage et se croyant empoisonnée m'envoya chercher vers 10 h. matin. Je la trouvai dans une grande agitation, se plaignant d'une viol. doul. à l'E., avec chaleur et tension de cet organe et disant qu'elle étouffait ; extrémités froides, face violacée, comme grippée, langue normale, pouls petit et concentré. Je pensai avoir à traiter une *forte indigestion* et prescrivis 15 centigr. de tartre stibié, sans résultat.

Le soir, n'ayant pu provoquer de vomiss. et comme les symptômes persistaient et augmentaient d'intensité, que l'anxiété était extrême et les douleurs atroces, je crus à une *gastro-entéralgie.*

Dans la nuit du dimanche au lundi, même agitation, mêmes souffrances. Impossibilité de rester couchée et de garder les boissons. Peau violacée et froide.

Le lundi 18 de bonne heure, même état de souffrance que la

veille ; ventre tendu, ballonné ; pas de selles depuis la veille ; langue pâle et froide, pouls toujours petit ; par intervalle quelques éructations.

Vers 11 h. la malade ne pouvant supporter ses doul. sortit de son lit, voulant, disait-elle, s'ouvrir le ventre ; puis elle vint, comme une folle, réclamer chez moi des secours.

Puis plus tard la malade devint plus calme et son ventre augmenta de volume. L'idée me vint alors d'une perfor. de l'E. l'abdom. était très distendu et rempli de gaz. La malade avait plusieurs fois exprimé le besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire. Le ventre continua à se tuméfier, le pouls baissait, la peau se couvrit d'une sueur froide et glaciale ; à 5 h. du soir, la vie s'éteignait, 48 h. après l'invasion des premiers symptômes.

Au. Epanchement assez considér. d'un liq. noirâtre contenant des pellicules de haricots et baignant les int. grêles. L'E., quoique affaissé sur lui-même, était encore assez volumineux. En le soulevant avec précaution, on aperçut une ouverture arrondie ayant environ trois centimètres de diamètre, à la petite courbure non loin du cardia. L'intérieur contenait une assez grande quantité de liq. noirâtre en tout semblable à celui de l'abdomen. La membrane muqueuse avait une teinte qui variait du rouge brun au brun noirâtre et qui était d'autant plus prononcée qu'on s'approchait davantage du lieu de la perforation. Celle-ci un peu en infundibulum du côté de la muqueuse était arrondie et n'intéressait pas également les diverses couches membraneuses de l'E. Ainsi la muqueuse, beaucoup plus largement et plus irrégulièrement ouverte, présentait sur plusieurs points des espèces de fissures et d'éraillures, s'étendant au-delà de l'ouverture à peu près égale des autres tuniques.

Les autres organes n'offraient rien de particulier.

Observation IX. — Peste, *Bull. de la Société anat.*, déc. 1844, p. 295. *Perfor. de l'E., mort et en 15 h. environ.* — Il y a 5 jours, un homme mange assez abondamment d'un

mets qui avait été cuit, dit-il, dans un vase de cuivre. Dans la nuit il fut pris d'une douleur très vive dans l'estomac, de nausées et de vomissements. Transporté à l'hôpital le matin vers 7 heures, il était dans l'état suivant : face très altérée, grippée, traits contractés. Le ventre est extrêmement rétracté au niveau de l'épigastre et développé dans la région sous-ombilicale. Il est très tendu, très sensible à la pression et le siège de douleurs extrêmement vives ; vomiss. d'environ deux cuvettes d'une matière liquide, d'une odeur *aigre* ressemblant à du vin altéré par la digestion, mais ne présentant pas de détritus d'aliments. Constipation. On diagnostique une *péritonite* : on fait appliquer des sangsues sur le ventre et administrer deux lavements purgatifs. Le second seulement fit effet. Le lendemain le malade est extrêmement affaissé, le pouls est misérable, les vomiss. continuent mais le ventre n'est pas ballonné. Mort à 7 h. du soir.

Aut. — Ventre très ballonné, grande quantité de gaz d'odeur très fétide et stercorale. Dans le péritoine, épanchement de liq. présentant la même odeur ; mais on n'y remarque pas de mat. alimentaires.

Sur l'épiploon gastro-hépatique, fausses membranes de formation récente. Au niveau du pylore, perfor. arrondie ayant 1 cent. environ de diamètre. La membrane muqueuse de l'E. n'offre aucune altération ; mais, sur la petite courbure, vers la partie moyenne il existe trois ulcérations à forme circulaire, larges comme une pièce de 25 ou de 50 centimes : les bords sont taillés à pic et la muqueuse ainsi que les autres membranes de l'E. ne présentent aucune altération dans le voisinage. Une de ces ulcér. n'intéresse que la tunique muqueuse, une autre intéresse la muqueuse et la fibreuse et la troisième s'étend jusqu'à la séreuse qui est seule restée intacte.

Les autres organes sont à l'état normal.

Observation X. — Mina Morici, *Arch. med.* 1844. t. V., p. 221. — *Rupture spontanée de l'E., mort subite.* —

H., 30. Tempérament bilioso-sanguin, plusieurs fois guéri d'une fièvre intermittente miasmatique bénigne, il fut repris de cette maladie vers le 21 janvier. L'administration des bols résolutifs de Franck et du quinquina amenèrent la guérison au bout de dix jours. Cependant on continua l'usage d'une décoction amère. Depuis 5 jours il n'avait plus de fièvre, lorsque le 4 février il fut pris subitement d'une douleur excessivement vive dans la région lombaire sans fièvre et sans trouble des autres appareils. Il n'y avait ni gonflement, ni rougeur, ni chaleur anormale, ni dureté vers le point douloureux. La douleur s'exaspérait par la pression et le malade restait assis dans son lit parce qu'il lui était impossible de se coucher sur le dos ou sur le côté. Le lendemain la fièvre reparut et s'accompagna de rétraction du testicule et d'un sentiment de constriction du sphincter de l'anus et d'un peu de difficulté pour uriner.

Le 3e jour fut très calme, le malade n'eut pas de fièvre et mangea même un peu de soupe : vers le soir il se leva pour aller à la garde-robe et au moment où il retournait à son lit il tomba mort.

Aut. — Organes thoraciques en bon état, de même que les organes abdom., à l'exception de l'E. qui était perforé dans sa partie antérieure, presque au milieu de sa longueur. L'ouverture avait trois travers de doigt et avait donné passage aux aliments qui s'étaient épanchés dans la cavité abdom. Les bords de cette ouverture, bien qu'ayant conservé leur texture naturelle, étaient cependant un peu hypertrophiés et offraient un piqueté rouge. Ce piqueté se retrouvait sur la muqueuse à une certaine distance de l'orifice, mais la membrane avait conservé sa résistance naturelle et n'offrait pas d'autre altération pathologique.

Le péritoine était sain de même que les reins, la vessie, les autres organes abdominaux, et la moelle.

Observation XI (résumée). — Forget, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1854, p. 315. — *U. latent.*

Perforation spontanée de l'estomac. — F..., 25., de belle et forte constitution, servante ; six jours auparavant, alors qu'elle jouissait de la meilleure santé, elle avait fait un repas copieux après lequel elle se rendit au bal. C'est là qu'en dansant, elle tomba subitement atteinte d'une violente douleur dans l'abdomen. On la rapporta chez elle où elle reçut des soins insignifiants, sauf une saignée pratiquée la veille de son entrée à l'hôpital.

État actuel, 3 avril. — Face pâle, anxieuse, grippée, extrémités froides, pouls filiforme, respiration entrecoupée. On peut à peine en tirer quelques mots. Abdomen très ballonné, douloureux à une légère pression. Elle indique sans cesse cette région comme étant le siège de vives souffrances.

La malade s'affaisse rapidement, ses douleurs paraissent diminuer ; mort à trois h. soir.

Au. — Le péritoine contient une quantité considérable de liq. trouble et floconneux. Circonv. intestin. réunies par une exsudation plastique légère ; péritoine généralement injecté. En découvrant l'E., on aperçoit sur la face antérieure à 7 centimètres du cardia une ouverture ronde d'un demi-centimètre sans altération notable au pourtour.

L'E. étant ouvert, on y trouve un morceau de viande non digéré ; muqueuse peu altérée. A la perfor. extér. correspond une perte de substance d'un centimètre, arrondie, faite comme par un emporte-pièce, au fond de laquelle se voit le feuillet péritonéal perforé dans une étendue moindre que celle de l'ouverture interne. Sur les bords de la perfor. on distingue les couches muqueuse et musculaire des parois gastriques taillées à pic. Ces bords sont lisses et parfaitement cicatrisés ; mais ils sont épais, indurés, indiquant un travail morbide antérieur et ancien.

Rem. Voilà un exemple aussi net que possible de perforation dite spontanée. Rien dans les antécédents qui nous ait été signalé ; santé parfaite au moment de l'accident. Il est évident qu'il a existé là un travail morbide ancien, il s'agit probablement

de l'affection décrite par M. Cruveilhier sous le nom d'ulcère simple.

Observation XII (résumée). — Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 88. — *U. latent. Perforation, péritonite suraigne.* — En 1858, J. H. en pleine santé, fonctions digestives absolument normales, succombait en quelques heures à des accidents abdominaux formidables.

Antécédents immédiats : il arrivait de Londres, où il s'était livré pendant environ une semaine à des excès de table journellement répétés.

Lorsque nous le vîmes, il présentait des symptômes cholériformes : cyanose, refroidissement, crampes, absence du pouls, suppression de l'urine ; toutefois, et ce fait nous avait singulièrement frappés, il n'y avait pas de déjections alvines et il n'y avait eu qu'un seul vomissement.

Au. faite en Amérique. On trouva les traces d'une péritonite suraiguë occasionnée par une perforation qui s'était faite au centre d'un ulcère simple de l'estomac.

Observation XIII (Résumée). — Cockle. *The Lancet*, 25 avril 1863, p. 465. — *Symptômes d'occlusion intestinale suivie de pneumonie double, perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac.* — F..., 29 ans, bonne allemande, célibataire, bien constituée, d'un tempérament délicat sans cependant présenter de signes d'anémie, fut amenée à l'hôpital dans l'après-midi du 16 mars. Elle n'était dans sa dernière place que depuis 15 jours, aussi connaissait-on peu son état de santé ; on se souvint néanmoins qu'elle s'était quelquefois plainte de douleurs thoraciques. Le vendredi précédent elle avait pris une purgation. ce qui lui arrivait très rarement.

La même nuit, elle fut prise subitement de viol. douleurs dans l'estomac et de vomiss., l'abdomen augmenta bientôt de volume et devint très sensible au toucher. Le médecin qui la

vit dans cet état ordonna du calomel, de l'opium et de l'huile de ricin. Néanmoins la constip. resta opiniâtre.

Au moment de son admission à l'hôpital, figure anxieuse, grande prostration, abdomen météorisé, sensible et douloureux, maximum de la douleur dans l'hypochondre gauche ; fréquents vomissements qui prirent bientôt un *aspect fécaloïde* ; pas trace de sang dans les matières rejetées. Langue sèche, soif très vive. Ténesme rectal, mais constipation absolue depuis 4 ou 5 jours. Pouls petit et fréquent, 130 par minute, respiration courte, fréquente, affectant le type thoracique supérieur, peau chaude et sèche. Fonctions cérébrales un peu exaltées, probablement par l'action de l'opium, pupilles un peu contractées mais répondant encore à la lumière. On explora attentivement les sièges ordinaires des hernies ainsi que le vagin et le rectum, mais on ne trouva rien qui puisse expliquer ces accidents. L'extrême sensibilité de l'abdomen empêcha un examen minutieux de ce côté. On donna fréquemment à la malade de petits morceaux de glace, un demi-grain d'opium toutes les 3 h., et l'abdomen fut recouvert d'un large cataplasme.

Le lendemain, même état général. Pour avoir une notion approximative du degré de l'obstruction intestinale, on donna un lavement d'eau tiède, elle en rendit une partie mélangée de liq. très fétide, d'aspect grumuleux, bientôt après elle évacua des mat. demi-solides, enfin des mat. liquides semblables à celles qu'elle avait vomies auparavant. Ces débâcles amenèrent un grand soulagement, les doul. et le météorisme diminuèrent, mais l'hypoch. gauche resta toujours douloureux. L'examen minutieux de l'abdomen montra alors un empâtement bien marqué dans la région iléo-cœcale. On continua l'opium et les cataplasmes et on permit un peu de nourriture légère.

L'accalmie persista pendant 3 jours, mais la figure conserva son expression anxieuse, le pouls resta faible et rapide ; la langue et la face interne des joues se couvrirent d'une éruption aphteuse ; en même temps survint une toux quinteuse, puis le

jour suivant la resp. devint difficile avec une teinte cyanosée de la peau et des lèvres. A midi l'examen physique montra une induration de la base des deux poumons et la malade mourut à 7 h. du soir.

Aut. — Poitrine : un peu de liq. dans le pericarde Cœur flasque, poumon gauche adhérent par sa base au diaphragme, lobe inférieur de ce poumon hépatisé et plongeant dans l'eau, base du poumon droit congestionnée. Pas de liq. dans les plèvres, pas de tubercules.

Abdomen : foie congestionné, lobe gauche allant jusqu'à la rate, l'organe adhérait au diaphragme par des fausses membranes récentes. Entre le lobe gauche du foie et le diaphragme se trouvait une cavité formée par des f. membranes et qui contenait du pus et du liq. stomacal. Cette cavité poussait une fusée en haut entre les deux médiastins, une partie de cette cav. était formée par la face supér. du lobe gauche qui était déprimée à ce niveau, et elle communiquait avec une perfor. de l'E. résultant d'un ulcère. Cette perf. siégeait sur la face antér. de l'E. dans la région pylorique, juste au-dessous de la petite courbure ; elle était ronde et avait la dimension d'une pièce de six pences. Vers la face interne de l'estomac, l'ulcère était moins bien délimité et offrait trois couches, en dehors la muqueuse, en dedans la musculaire et tout à fait au centre le péritoine. Au pourtour de l'ulcère on trouvait la muqueuse un peu épaissie par places et quelques taches d'hémorrhagie capillaire. Aucune autre cicatrice ni ulcère n'existait ni dans l'E. ni dans le duodénum. La rate saine se trouvait entourée de f. membranes. Les intestins adhéraient au mésentère et au grand épiploon par des f. membranes récentes, l'appendice adhérait au cœcum. On trouvait deux autres cavités également remplies de pus et de liq. stomacal et limitées par des f. membranes, l'une entre le rectum et le vagin, l'autre dans la f. iliaque droite. Reins, utérus, ovaires sains.

Rem. — L'absence d'antécédents morbides et les symptômes qui viennent d'être décrits (interruption du cours des matières,

douleur violente et subite dans l'abdomen, météorisme, soif ardente, vomissements fécaloïdes) faisaient croire à une *obstruction intestinale*. Cette opinion se trouvait encore confirmée par la localisation de la tuméfaction et de l'empâtement dans la f. iliaque droite et il était difficile de ne pas arriver à cette conclusion que l'ensemble de ces accidents était sous la dépendance soit d'une typhlite stercorale, soit d'une affection de l'appendice. Il était dificile d'expliquer les vomis. fécaloïdes, phénomène se rencontrant rarement dans la péritonite par perforation. Il est certain qu'au moment de la perf. le contenu de l'E. fut déversé dans la cavité périt. et y provoqua une péritonite enkystée par les f. membranes.

Observation XIV (Résumée). — M. Bernier. *Bull. de la société anatomique*, 1866, p. 97. — *Ulcération de l'estomac suivie de perforation et de péritonite générale.* — H..., 53 ans; garçon de magasin, habitudes d'alcoolisme très prononcées, trois mois auparavant, a été soigné pour une attaque de *delirium tremens*. Le 3 mars 1866, après avoir vaqué à ses occupations ordinaires sans éprouver le moindre malaise, a été pris brusquement dans la nuit de douleurs dans le ventre. Le lendemain, à cette douleur se joignent des vomiss. abondants et une tuméfaction considérable de l'abdomen. Ces accidents ne faisant qu'augmenter, il s'est fait transporter le troisième jour à l'hôpital, où il arrive dans l'état le plus grave.

A son arrivée, pouls petit, filiforme, refroidissement; facies légèrement cyanosé; intelligence intacte, respiration précipitée, irrégulière.

Le ventre est énormém. distendu, d'une manière uniforme et régulière, *sans bosselures* en aucun point. A la perc. il est sonore dans toute son étendue; à la palp. il semble actuellement peu doul., et on ne trouve aucune tumeur résistante. Les vomiss. ont continué dans la nuit et se sont reproduits le matin à son entrée à l'hôpital; le malade n'a pas eu de selles depuis le début des accidents. Le cathétér. retire de la vessie une

petite quant. d'urines normales ; aucun accident ne s'est jamais produit de ce côté.

La prostration des forces est considérable et la terminaison fatale ne semble pas éloignée.

En présence de ces accidents, deux affections surtout se présentaient à l'esprit au point de vue du diagnostic : était-ce une péritonite ou un étranglement interne ? Les renseignements incomplets fournis par le malade et l'état grave dans lequel il se trouvait ne permettaient pas de trancher cette question d'une manière certaine. Mort quelques instants après son arrivée.

Aut. Infiltration gazeuse assez considér. du tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen et de la partie supér. des cuisses.

A l'ouverture on trouva non pas les anses intest., mais l'E. *énormément distendu* et descendant jusque dans la fosse iliaque droite par l'extrémité correspondante de sa grande courbure. Au-dessous de l'estomac et profondément refoulée contre la paroi profonde de l'abdomen et dans le petit bassin se trouvaient les anses intest. qui présentaient, de même que l'estomac, une rougeur diffuse très marquée, qui dénotait l'existence d'une péritonite généralisée.

En dégageant l'orifice pylorique de l'estomac, on ne trouva aucune tumeur, ni du côté des parois stomacales, ni du côté des parties voisines du duodénum, ni du pancréas, ni même des parties profondes. Mais en soulevant la grande courbure de l'E. encore dilaté, on ne tarda pas à tomber dans une poche accidentelle formée par des lames fibreuses peu résistantes et dont la déchirure donna lieu à un écoul. d'un liq. verdâtre et de gaz prov. évidemment de l'E. qui ne tarda pas à s'affaisser progressivement. L'organe enlevé alors complètement on trouva du côté de sa face profonde, un peu au-dessous de sa petite courbure, un orifice elliptique assez étroit, dans lequel se trouvait encore engagée quelque mat. alimentaire. A l'intér., après avoir ouvert l'organe le long de sa grande courbure, on trouva une large ulcération au milieu de laq. se voyait l'ouver-

ture accidentelle. Cette ulcér. présentait près de 2 cm. 1/2 de largeur ; ses bords étaient affaissés sans trace d'infiltration plastique. En dehors, à 2 centimètres, s'observait une autre ulcération analogue, plus petite, mais au fond de laquelle les couches profondes de l'organe persistaient encore.

L'intestin offrait, à partir de la dernière portion du duodénum, une rougeur uniforme de la muqueuse dans toute son étendue et sur laquelle l'examen le plus attentif n'a pu trouver aucune ulcération. Gros intestin normal, rate volum., le foie petit, reins d'un volume exagéré ; les deux poumons étaient infiltrés de tubercules.

Rem. D'après ce qui précède, il y avait eu ulcération et perforation de l'estomac avec une péritonite momentanément circonscrite derrière cet organe, puis généralisée. La dilatation énorme de l'estomac était due vraisemblablement à la paralysie de cet organe sous l'influence de l'inflammation.

Observations XV, XVI et XVII (Résumées) de la thèse de Choppin. — Von Franque *Wiener Medicinische Presse*. 1867, p. 289. — *Trois cas de perforation de l'estomac.*

Obs. XV. — F..., 34 ans. Le médecin la trouve assise sur son lit, les cuisses fléchies sur le ventre. Douleurs très vives dans côté droit et nausées ; parfois, après de grands efforts, vomissait et rendait alors des glaires jaunâtres. Langue sèche, pouls petit et faible, non accéléré, visage pâle. Constipée depuis plusieurs jours, avait pris un lavement, sans résultat. Elle prétendait que le tout était la suite d'un refroidissement et refusait tout examen de l'abdomen, elle affirmait qu'elle n'était pas atteinte de hernie. On lui ordonna de la poudre de Dower et un lavement d'huile et de sel.

Le soir, douleurs abdominales plus violentes, pouls rapide et fiévreux, visage rouge, toujours pas de garde-robe ; respiration difficile, agitation. « Comme j'insistais pour examiner l'abdomen, elle plaça ma main du côté droit de celui-ci, au-dessous de

l'ombilic, et je trouvai cette région très douloureuse. Un examen plus approfondi ne me fut pas permis. J'ai donc prescrit de l'huile de ricin, dix-huit sangsues à l'endroit doul., des cataplasmes sur le ventre et des lavements répétés. » Nuit très pénible, douleurs très vives, grande agitation et grande soif. Diminution des envies de vomir. Peau couverte de sueur, extrémités froides, météorisme très marqué. Toujours pas de garde-robe.

Dans la matinée, la malade demanda à aller à la selle ; à peine assise, elle tombait morte.

Aut. L'abdomen contient du gaz fétide et une assez grande quant. de liq. trouble, floconneux. L'épiploon relevé laisse voir des traces d'inflammation. Les intestins sont distendus par des gaz.

E : rétracté, vide et pâle, adhérent avec les parties voisines, surtout avec le foie. Sur la petite courbure se trouve une ouverture arrondie, d'un demi-pouce de circonférence, à bords nets, comme taillés à l'emporte-pièce.

L'ulcère de l'estomac siégeait à l'endroit où on le trouve le plus souvent, c'est-à-dire à la petite courbure.

Obs. XVI. — *U. latent, perforation, mort en quelques instants*. F..., 23 ans, de mine florissante. Réglée régulièrement et de santé parfaite jusqu'il y a un an. A cette époque eut l'influenza et pendant la convalescence ressentit plusieurs fois quelques doul. dans le creux de l'estomac, qui disparurent rapidement ; elle continua son travail sans interruption.

La veille de sa mort elle était encore bien portante et était sortie ; nuit tranquille, dormit bien, sans interruption. Le matin en se levant, pendant qu'elle mettait sa robe, elle tomba tout à coup prise d'une violente douleur dans la région de l'estomac. Comme cette doul. devint plus vive à la suite de l'absorption d'eau-de-vie, on envoya chercher un médecin, mais celui-ci arriva trop tard, la malade étant morte rapidement en proie à des douleurs atroces et à un hoquet continu.

Aut. L'abdomen contient une assez grande quantité de liq.

blanchâtre. Sur la petite courbure de l'estomac il y a une ouverture arrondie ayant un demi-pouce de diamètre, à bords indurés et recourbés en dehors, et de couleur brun foncé. Les parties voisines de la paroi abdominale interne sont rouges et enflammées.

Obs. XVII. — *U. latent. Double perforation ; mort en une douzaine d'heures.*

F. 26, bonne. Toujours bonne santé, bon appétit. Plusieurs fois, douleurs au creux épigastrique. Huit jours auparavant, quelques maux d'E. avec inappétence passagère. Bientôt l'appétit revint ; le matin même mangea assez abondamment. A 11 h. matin, les douleurs d'E. débutent brusquement, avec nausées fréquentes, mais sans vomissements ni selles. Dans la soirée, les douleurs deviennent intenses. Agitation extrême, soif ardente. On lui ordonna une émulsion d'huile de ricin, de l'extrait d'hyosciamine et un lavement.

Bientôt après la malade mourut après de violentes douleurs, le ventre s'était ballonné.

Aut. Dans la cavité abdominale quatre chopes de liquide trouble brun jaunâtre, fétide, contenant des flocons purulents et de la nourriture à demi digérée ; Péritoine pariétal et viscéral enflammé et congestionné. Deux ulcères ronds de l'E., perforés, avec leur forme caractéristique, l'un sur la paroi antér. l'autre sur la paroi postér. ; tous deux situés dans la moitié cardiaque de l'E., et plus près de la petite courbure que de la grande. Autour des ulcères, muqueuse un peu rougeâtre sur un diamètre d'une ligne environ, tissu cellulaire épaissi et induré sur un diamètre d'un pouce. Intestins sains.

Au sujet de la symptomatologie de ce cas il est à remarquer que l'affection resta latente comme cela s'observe quelquefois ; les ulcères devaient exister depuis plusieurs années, mais les symptômes auxquels ils ont donné naissance ont été de bien peu d'importance puisque la malade ne s'en est jamais plaint.

Observation XVIII. — Joseph Bell, *Med. chir. Soc. of Edinburgh*, 20 janvier 1860, in *Edinb. Med. Journal*, 1869, p. 775. — *Ulcère latent. Perforation. Mort 31 h. après le début.* — F. 21, domestique. Toujours très bien portante. Jamais de douleurs ni d'autres symptômes gastriques.

30 déc. Vers 8 h. matin ressentit une légère douleur dans la région de l'E.. vomit une ou deux fois dans la journée. Les douleurs allèrent en augmentant, et furent encore accrues par l'absorption d'un peu d'eau et de wisky. Examen à 11 h. soir. La malade se plaignait de douleurs dans le ventre, continues avec paroxysmes, non augmentées par la pression. Ventre plat, presque rétracté, aucune tumeur, pas de hernie, règles régulières, pas de constipation. Agitation. Bon aspect général. Pouls 92 plein et régulier, aucun signe de péritonite, aussi je crus avoir affaire à un *simple cas de coliques*, malgré quelques doutes. Je lui donnai un mélange de chlorodyne et d'eau de menthe ; diète absolue.

31 à 10 h. matin. Assez bonne nuit, douleur moins vive, mais non disparue, un peu de sensibilité au niveau de l'hypoch gauche. Pouls 100 toujours plein et régulier. Le ventre non ballonné, pas de selles, aussi lui fis-je prendre une petite dose d'huile de ricin avec dix gouttes de laudanum.

« Le soir à 7 h. 15, on m'envoya chercher en toute hâte et je la trouvai à la dernière extrémité ; elle mourut dix minutes après mon arrivée. Sa mère qui l'avait gardée me raconta ce qui s'était passé. L'huile de ricin n'avait produit aucun effet et il n'y avait pas eu de vomiss. On lui avait donné un peu de nourriture qu'elle avait gardée. Dans l'après-midi, elle se plaignit de sentir le goût de l'huile de ricin et elle en régurgita quelques gouttes. Elle était gaie, parlant librement, mais était tourmentée par le désir que l'huile de ricin produisit son effet. A 6 h. 30, on lui donna un lavement chaud qu'elle rejeta immédiatement. A 6 h. 45, elle resentit une douleur violente dans l'estomac et perdit aussitôt connaissance ; elle ne revint pas

à elle jusqu'à 7 h. 30, heure à laquelle la mort arriva par shock. »

Aut. Ulcère de l'estomac perforé. Les organes thoraciques étaient sains. Dans la cavité péritonéale une pinte et demie de liquide ressemblant à du thé de bœuf. Sur le côlon transverse l'intestin grêle, traces d'exsudat récent, mais aucune trace de péritonite généralisée. L'estomac était vide.

Je crois que cette observation mérite d'être rapportée pour deux raisons :

1° Absence extraordinaire de symptômes pendant la vie ; la jeune fille m'assura et sa mère aussi que sa santé avait toujours été très bonne et que ses digestions avaient toujours été parfaites. Après un examen minutieux tout ce que je pus trouver fut qu'elle était un peu pâle depuis trois semaines, mais c'est tout.

2° La rapidité de l'issue fatale ; elle mourut 21 heures après ma première visite, 23 heures après s'être alitée et seulement 31 heures après le premier et unique symptôme gastrique qu'elle ressentit. »

Observation XIX. — M. Landouzy, *Bulletin de la Société anatomique*, 3 octobre 1873, p. 651. — *Ulcère latent, perforation, péritonite suraiguë. Mort en 24 h. environ.* — H. 19, garçon marchand de vins, de constitution vigoureuse, fortement musclé, n'a jamais été malade ni même souffrant ; jamais ses digestions n'ont été difficiles, jamais de vomissements.

Le 5 août n'avait eu dans la journée aucun malaise, quand, le soir après avoir bu un verre de vin, fut pris, en faisant un effort, d'une douleur très vive qui traversa la partie supérieure de l'abdomen et qui semblait partir du côté gauche. K..., s'imagina avoir avalé un éclat de verre, il se coucha immédiatement, voulut prendre un peu d'eau mais n'en avala qu'une gorgée parce que la douleur abdominale devint atroce.

Toute la nuit K... ressentit de violentes douleurs dans le ven-

tre. eut plusieurs vomissements jaunâtres et ne put aller à la selle malgré un lavement.

Entré à Beaujon le 6 août à 10 h. matin, se plaignant de douleurs abdominales très vives. Face anxieuse, grippée et couverte de sueurs froides ; yeux creux, nez froid, langue à peine chaude.

P. petit à 110° ; T. rectale à 40°4. Le ventre très tendu, ballonné, douloureux à la moindre pression, surtout dans la région sus-ombilicale. Douleurs continues dans tout l'abdomen, soif vive et envies de vomir ; trois fois il vomit, sans efforts, des matières glaireuses, jaunâtres, sans odeur. L'examen de tous les anneaux est fait avec soin sans résultat, jamais K... n'a eu de hernie.

Quelques heures après l'entrée à l'hôpital, les douleurs se calment, le pouls devient plus petit et plus fréquent, puis la prostration survient et le malade meurt à 6 h. soir.

Aut. E. de volume normal, présentant sur sa face antér. à un centim. en avant du pylore, un orifice elliptique à bords nets et réguliers de cinq millim. dans son grand diamètre. Par la face muqueuse, l'ulcération apparaît parfaitement circulaire, elle occupe le fond d'une petite cavité quadrangulaire à bords saillants taillés à pic. L'orifice pylorique de même que les autres parties de l'estomac sont parfaitement sains. Il n'y a pas trace d'ulcérations récentes ou anciennes. Anses intestinales distendues par des gaz. Péritoine viscéral poisseux et rosé. Pas de trace d'adhérences anciennes ou récentes.

Dans les parties déclives de l'abdomen quelques cuillerées de liquide séro-purulent, louche, un peu jaunâtre. L'intestin ne présente aucune trace de perforation. Tous les viscères abdominaux sont sains.

Observation XX (résumée). — Grasset, *Annales d'hygiène*, 1877, p. 85. — *Ulcère latent de l'estomac, perforation. Mort 29 h. environ après le début.* — H. cultivateur, 21, venu à Montpellier, pour tirer au sort. Robuste, d'une forte santé,

non buveur il n'avait jamais été malade au dire de tous ceux qui l'entourent.

Le 1er février, il partit à pied pour Palavas, il se portait très bien et avait déjeuné avant de partir avec du café au lait. Arrivé á Palavas, il achète du pain, un peu de chocolat et un demi-litre de vin, il déjeune avec cela sur la plage.

Très peu de temps après l'ingestion du vin (un quart d'heure tout au plus), il est pris d'atroces coliques et de vomissements. Un individu le voit se tordant sur le sable, le fait mettre dans un wagon et le ramène en ville. De la gare il est transporté chez lui. Il continue à souffrir horriblement du ventre et à vomir toute la soirée du 1er février et toute la nuit du 1er au 2. Il ne reçoit aucun secours médical.

C'est le 2 au matin que l'on me fait appeler. Je trouve ce jeune homme se tordant dans son lit, surtout à certains moments où les crises deviennent plus fortes. Ventre excessivement ballonné et douloureux au toucher sur toute son étendue. Vomissements continus. Pas de selles, pas de chaleur à la peau ; pouls petit, concentré, extrémités un peu froides. Traitement : une potion anti-émétique, layement purgatif, laid froid, cataplasmes sur le ventre.

L'état se maintient le même ou à peu près dans le reste de l'après-midi. Vers quatre heures et demie, succombe, sans nouvel incident.

La famille et moi-même furent très émus de cette terminaison si rapide. Il m'était impossible de me prononcer sur la cause exacte de la mort. J'avais prononcé le mot d'*empoisonnement accidentel possible* ; j'avais parlé d'étranglement interne, d'iléus, de perforation intestinale dans un typhus ambulatorius, etc. Une série d'hypothèses se présentaient à l'esprit et il me sembla impossible de poser un diagnostic certain.

L'idée d'empoisonnement se répandit dans le public ; l'oncle de la victime terminait par ces mots sa déposition au juge d'instruction : « Je n'ai pu m'expliquer sa maladie si subite, ces maux d'entrailles et ces vomissements continuels, je ne puis

m'expliquer encore sa mort aussi prompte, aussi rapide, et je suis à me demander si le vin qu'il a acheté et bu à Palavas n'a pas causé le mal dont il est mort. Mon neveu avait une santé parfaite... »

Au. Abdomen volumineux, fortement tendu ; à l'ouverture, énorme dégagement de gaz et le ventre s'affaisse, c'était de la tympanite *péritonéale* et non intestinale. Péritoine tapissé d'un exsudat blanchâtre granuleux, surtout abondant à la partie supérieure du ventre. Dans le fond de la cavité abdom. est un liq. puriforme, rougeâtre, en quantité modérée. Ganglions mésentériques gros, foie gras, organes sains.

E. A la face antér., à peu près sur l'axe prolongé du cardia, se trouve une ouverture arrondie, béante, à bords très nets, à l'emporte-pièce, ayant 4 millimètres de diamètre. Vu par la face intér., l'ulcère est situé à 5 centim. environ au-dessous du cardia et est taillé en bec de flûte. Une partie, la partie droite, corresp. à la moitié de la circonfér. est taillée à pic et répond exactement au bord de l'ouverture extérieure. L'autre moitié, au contraire, la partie gauche, est taillée en biseau très incliné et aboutit par une pente au bord de l'ouverture extérieure. Dans cette partie la muqueuse est détruite sur une plus grande étendue que la musculeuse. De là une forme elliptique de l'ouverture intérieure qui mesure 4 millimètres sur son petit diamètre et 7 millimètres sur le grand.

Observation XXI. — Maygrier. Soc. anato., avril 1877, p. 321. — *U. latent., suivi de perforation dans le foie. Péritonite par propagation. Mort.* — F..., 36 ans, laitière. Au début de janvier, a ressenti des doul. assez vives, qui, d'abord irradiées dans les régions épigast. et lombaires, se sont bientôt localisées dans le flanc gauche. Anorexie, affaiblissement, amaigriss.

Entre le 16 janv. à Saint-Antoine. Très anémiée, souffle doux à la base, souffle continu dans les vaisseaux du cou. Jamais de vomissements.

Douleur intense, persistante, spontanée et s'exagér. par la pression, dans le flanc gauche, sans point en arrière ; pas de tumeur à la palpation.

Jours suivants : diarrhée rebelle ; pas de toux dans les selles ; puis, œdème doul. du membre infér. g. pendant trois semaines. Pas d'albumine.

La douleur se localise, en augm. d'intensité, en un point situé au-dessous des fausses côtes du côté gauche. Là, résistance anormale, matité limitée ; mais rien de comparable à une tumeur.

A la fin de février, mieux général, mais bientôt les doul. se montrent plus vives, l'anorexie devient absolue. Nouvel œdème de la jambe gauche ; cachexie.

17 avril. Faciès grippé, pouls petit; doul. abdominales généralisées ; ventre non ballonné, mais très sensible à la moindre pression. Pas de vomissements.

Mort le 18.

Aut. Péritoine poisseux, injecté ; un peu de liquide purulent et de f. membranes.

Foie *adhérent* complètement à la paroi abdom. Cavité du vol. d'une orange dans le tissu hépatique, communiq. avec l'E. par une perfor. siégeant sur un U., situé sur la petite courbure, grand comme une pièce de 5 francs. La cavité péritonéale est nettement séparée par les adhérences de la cavité hépatique, d'où la péritonite finale ne peut s'expliquer que par propagation.

Observation XXII (résumée). — M. Talamon, *Société anatomique*, 1879, *Progrès médical*, 1879, p. 1023.— *Ulcère perforant de l'estomac à forme foudroyante, péritonite suraiguë, mort 45 h. après le début.* — F... 25, institutrice bien portante d'habitude, avait seulement, depuis six ou sept mois, quelques troubles menstruels, et se plaignait de douleurs dans le ventre à l'époque de ses règles. Jamais le moindre dérangement

gastro-intestinal ; ni vomissements, ni douleurs d'estomac ; un appétit régulier, sauf au moment des règles.

19 avril 1879, à onze heures du soir, ayant dîné comme à l'ordinaire, fut prise brusquement de violentes doul. abdominales, et vomit à deux reprises différentes des matières alimentaires et bilieuses ; les vomiss. étaient peu abondants et ne persistèrent pas ; ne se sont pas reproduits depuis. Les douleurs restèrent atroces toute la nuit.

La jeune fille n'était pas à son époque menstruelle qui avait pris fin depuis 10 à 12 jours. Le médecin, qui vit la malade le lendemain, pensa à un *étranglement interne* et ordonna 50 grammes d'huile de ricin. Le purgatif n'amena pas de selles ; plusieurs lavements furent rendus tels quels.

Le ventre était devenu dur et tendu ; alors, au bout de 36 heures, l'état de la malade s'aggravant de plus en plus, on la transporta le 21 avril à la maison de santé dans le service de M. Lécorché. Pas un instant il n'y avait eu élévation de la température. Depuis le début des accidents, il n'y avait eu ni selles ni gaz rendus par l'anus, et la malade n'avait uriné que la valeur d'une cuillerée à bouche.

A cet instant, la jeune fille présente tous les traits du collapsus abdominal le plus complet : facies grippé, tiré, yeux excavés, teinte jaunâtre, nez froid, pupilles légèrement dilatées. P. fréquent, petit, à peine perceptible, extrémités glacées. T. axillaire 38°5. L'intelligence est nette. Couchée sur le dos elle ne se plaint que d'une faiblesse extrême. Voix basse et cassée. Ventre tendu comme la peau d'un tambour, sans ballonnement, plutôt excavé, littéralement dur comme une planche, sonore à la pression. Pression partout excessivement douloureuse.

M. Lécorché accepta le diagnostic d'*étranglement interne*, bien qu'en raison de la marche rapide des accidents, il fît des réserves en faveur de l'hypothèse d'une perforation. Aucune intervention, d'ailleurs n'était possible, la malade est agonisante. A cinq heures du soir, la T. était de 36°6, le P. imperceptible,

ni selles, ni urines, ni vomissements. Morte à 9 heures du soir, 45 h. après le début de l'affection.

Au. A l'ouv. de l'abdomen, il se produit une véritable détonation de gaz contenus dans le péritoine. Les organes appar. affaissés contre la colonne vertébrale. On aperçoit sur le foie et dans l'angle gauche, vers la rate, un liq. jaunâtre, analogue au liq. des vomiss. fécaloïdes. Sur la face antér. de l'estomac. à un centim. de la grande courbure, vers le milieu de cette courbure, on voit un petit orifice rond, pouvant laisser passer un pois ; en pressant sur ce point, on fait écouler un liq. jaunâtre. Le pourtour de cette ulcération est de couleur un peu verdâtre ; la paroi stomacale est tapissée à ce niveau d'une f. membrane assez épaisse. E. un peu distendu mais ne contient pas de gaz. Quand on l'incise on le trouve rempli de matières alimentaires non digérées, d'odeur aigre. Muqueuse stomacale absolument saine, grisâtre, présentant à peine un petit piqueté ecchymotique vers la grande tubérosité. Au niveau de la perfor. existe une ulcération d'un centim. de diamètre, sans rougeur ni gonflement, ni aucune trace d'inflammation au pourtour. Cette ulcér. est plus large du côté de la muqueuse que du côté du péritoine ; elle s'enfonce en entonnoir à travers les tuniques de l'E. Elle ressemble à un trou fait par un instrument arrondi, qui aurait déprimé la paroi abdom. jusqu'à la perforer.

Péritonite fibrineuse généralisée... La muqueuse du gros et du petit intestin est parfaitement saine.

Rien du côté du foie, de la rate ou des reins. Vessie vide.

Utérus normal. Ovaires sains. Membrane hymen intacte.

Péricarde, cœur et aorte à l'état normal. Pas d'adhérences pleurales ; à peine une légère congestion des bords postérieurs des deux poumons.

Remarques. — Ce fait est un exemple type d'ulcère simple de l'E. à marche foudroyante. La perfor. ne paraît avoir été précédée d'aucun sympt. gastrique, autant du moins qu'il est permis de l'affirmer, d'après le récit des personnes qui entouraient la malade. L'intensité du collapsus produit par la perfor

est des plus remarquables ; la sidération résultant du choc abdominal a été telle, qu'elle a réduit au silence, pour ainsi dire, la péritonite généralisée, conséq. de l'épanchement des mat. stomacales dans l'abdomen. Il n'y a eu ni vomiss. ni fièvre, mais au contraire abaissement de la température centrale à 35°6 ; paralysie de l'intestin, anurie, épuisement rapide de tout l'organisme. A noter l'existence de troubles menstruels signalés pendant les six ou sept mois qui ont précédé la perforation.

Observation XXIII. — Garland, *Proceeding of the Boston Soc. for Med. observation*, 21 juin 1880, in *Boston Med. and Surg. journal*, 1880, p. 351. — *Perforation d'un ulcère de l'estomac. — Mort 50 heures après le début.* — Une jeune femme qui paraissait en bonne santé fut prise subitement de viol. douleurs dans la région de l'estomac, doul. qui s'étendaient jusqu'à *l'épaule gauche*. Lorsqu'on la vit quelque temps après le début des accidents, elle était dans un grand état de faiblesse, le P. était petit, les extrémités froides. On lui donna de l'opium et de grandes quantités d'eau chaude, ce qui ramena un peu de chaleur. Une heure et demie après elle devint de nouveau très froide et malgré un traitement énergique, cet état d'hypothermie persista jusqu'à la mort qui arriva 50 heures après le début des accidents.

On émit l'hypothèse que ces accidents étaient peut-être dus à une péritonite causée par la perforation d'un U. de l'estomac.

Aut. E. : Sur sa face ant. un ulcère perforé ; l'ouverture est assez grande pour admettre l'extrémité du petit doigt. Le docteur Garland appelle l'attention sur l'apparition subite des accidents, sans aucun trouble gastrique antérieur et sur le caractère embarrassant de la douleur, puisque celle-ci siégeait dans la poitrine et dans l'épaule.

Le Dr Blake rapporte un cas dans lequel une femme

bien portante fut prise, pendant qu'elle se querellait avec son mari, de symptômes semblables. A l'autopsie on trouva un U. perforant de l'estomac.

Observation XXIV. — J. Lacey. (*Lancet*, 1880, I. 643.) — *Trois U. latents de l'E. perforation. Mort 30 h. après le début de l'attaque.* — F. 28. Exceptionnellement bien portante et active jusqu au moment de l'attaque. Jamais de signes quelconques de maladie auparavant, si ce n'est une couleur légèrement olivâtre de la peau, apparue 2 mois plus tôt, avec perte de l'appétit, et léger malaise après le repas. Un peu d'embonpoint.

Aut. — Une quantité considérable de gaz s'échappe à l'ouverture ; signes de péritonite aiguë avec adhérences intestinales et 3 pintes de liquide brun sale.

Perforation du diamètre d'une pièce de 6 pences aperçue sur la face ant. de l'E., uu peu à gauche du centre ; par la face interne, elle correspondait à un ulcère d'apparence ancienne, à bords épais. Il existait encore sur la face postérieure deux autres ulcères, plus larges que le précédent et au même niveau que lui ; à bords moins épais. Le reste de la surf. gast. semblait en bon état ; on observa à la partie supérieure une bride, divisant l'organe comme dans l'estomac en sablier. Les autres viscères étaient sains.

Observation XXV. — P. Guttmann. *Berlin Klin. Woch.* nº 16, avril 1880, p. 21. — *U. rond E. latent. déterminant un Pneumopéricarde (rés).* — H., 36. *Aucun antécédent morbide du côté de l'Estomac.* Le 6, on constate un léger épanchement pleural à la base *droite*, fièvre qui va s'élevant jusqu'au 9.

9. A l'auscultation de la région précordiale, on n'entend que le 1er bruit à timbre métallique aigu.

A l'abdomen, on retrouve le 2e bruit très faible.

Sonorité tympanique occupant toute la rég. précordiale, et

se confondant avec celle de l'E. Dyspnée, cyanose, anxiété, et douleur précordiale.

Tintement métallique intermittent, non synchrone aux mouv. respirat. Respiration très fréquente.

Mort dans dyspnée et cyanose le soir.

Aut. — Sac péricardique très dilaté.

E. sur la paroi post. de petite courbure tout près du cardia, se trouve une ouverture ovale, régulière, à bords lisses, de 1cm. 2 de large, taillée à l'emporte pièce dans le fond d'un ulcère cicatrisé. Cette perf. conduit directement dans le sac péricardique, à travers le diaphragme qui adhère à l'E.

Péricarde : A la partie déclive de la paroi Post., se trouve une ouverture arrondie, lisse, de 1 cm. de diam., qui communique avec l'E. par trajet rectiligne de 1/2 cm. de long. Dans le péricarde, liq. purulent non fétide : 30 gr., l'absence du bruit de clapotement ou de succussion tenait au faible épanchement liquide.

Rem. Des 35 autres faits de pneumopéricarde publiés avant 1879, l'auteur n'en relève que 2 ayant la même étiologie.

(Saexinger, *Prag. med. Woch.*, 1865, Rosenstein, *th.* Fimmers, Lyde 1879).

Observation XXVI (Résumée). — J. Battams, *Reports of hospit. and surgic. practice in the hosp. and asyl. of great Britain and Ireland*, in *The Brit. med. journal*, 5 mai 1883, p. 862. — *U. latent. Perforation. — Mort 24 heures après le début.* — F..., 20 ans, saine et bien constituée. Antécédents héréditaires bons. Pleurésie 9 ans auparavant pour laquelle elle fut soignée et pour laquelle, il y a six mois, elle subit une opération sur la poitrine. Depuis cette époque, règles souvent irrégulières, douloureuses et peu abondantes ; leucorrhée et quelquefois douleurs dans le côté gauche, principalement après avoir eu froid, presque toujours au moment d'une époque menstruelle. Peu d'appétit mais jamais ni douleurs ni vomissements après les repas, ni hématémèses, ni mœlena.

Le 5 janvier 1883, dîna de bon appétit à 8 heures 1/2 ; une heure avant le début des accidents, paraissait en bonne santé et s'amusait dans la cuisine. A 10 heures du soir, elle fut prise brusquement de violentes doul. dans l'estomac pendant qu'elle enlevait ses souliers. M. F... la trouva très affaissée, se plaignant de vives douleurs d'estomac et vomissant ; pouls intermittent, face et extrémités froides, abdomen très distendu et très douloureux. On la calma avec un peu de chlorodyne et des cataplasmes chauds. Elle resta dans cet état pendant toute la nuit, se plaignant beaucoup et vomissant souvent. Laissée seule un instant, elle sortit de son lit pour aller prendre un bain chaud.

Le 6 au matin, un vomissement un peu verdâtre, mais pas de sang. Deux lavements sans résultat, très abattue, facies anxieux : yeux excavés, peau plombée, P. à 120, T. de 98° F. (elle n'a jamais dépassé 99). Respiration 56, tout à fait thoracique. Ailes du nez dilatées, abdomen distendu et tympanisé, très sensible à la pression. La douleur n'était pas localisée mais générale et constante. Pas de hernie, on ne remarquait rien d'anormal au toucher, rectal ou vaginal, bien que fort douloureux ; lèvres pincées, langue sèche, incontinence d'urine, soif très vive, mais vomissait tout ce qu'elle prenait ; battements du cœur très faibles. Le Dr Smith qui la vit diagnostiqua une péritonite aiguë provenant vraisemblablement d'une *perforation de l'appendice*. Il lui ordonna une pilule de 2 grains d'opium toutes les deux heures et, comme les vomissements persistaient, un lavement de peptones et de brandy.

La douleur s'amenda, mais la malade tomba dans la prostration, le pouls devint intermittent et finalement cessa ; la face était couverte de sueur froide, et elle vomit des matières grumeleuses brun jaunâtre, mais non fécaloïdes. Mort 24 heures après le début des accidents.

Aut. La cavité abdominale contenait une pinte de liq. d'un brun sale. Intestins distendus, injectés et poisseux, circonvolutions partout adhérentes les unes aux autres et recou-

vertes d'un exsudat jaunâtre, cavité pelvienne tapissée de fausses membranes. Ovaires gros, noirâtres, formant comme un plexus veineux, ils semblaient contenir du sang extravasé. Du muco-pus fut rejeté des trompes et de l'utérus.

E., assez dilaté et contenait environ 10 onces d'un liq. jaunâtre et grumuleux. Sur sa face antér., environ à 2 pouces de la petite courbure, tout près de l'extrémité cardiaque, on trouvait un ulcère perforé de la dimension d'une pièce de six pences du côté de la muqueuse et à peine de la grandeur d'un pois cassé du côté de la séreuse péritonéale. La muqueuse semblait abrasée, tandis que l'ouverture paraissait faite à l'emporte-pièce. Adhérences récentes entre le lobe gauche du foie et l'estomac. Autour de l'ulcère la muqueuse était épaissie et un peu congestionnée.

En résumé, comme le dit l'auteur, c'est en pleine santé que cette jeune fille fut frappée soudainement, sans aucun symptôme prémonitoire.

Il cite une seconde observation de perforation brusque d'un U. d'estomac chez une jeune femme ayant présenté auparavant quelques signes légers de dyspepsie.

Observation XXVII. — Ebstein. *Wiener medicinische Blætter*, 1883, nº 4 in Struck, *loc. cit.*, p. 34. — *Deux U. latents. Perforation, péritonite. Mort.* — H..., forestier, 30 ans, toujours bien portant ; le 10 déc. 1882, pendant qu'il conduisait le deuil à un enterrement, est pris subitement de douleurs très violentes dans le ventre, devient défaillant en même temps qu'il a des vomissements et une transpiration abondante.

Le 15 déc. entre à la clinique. Facies excavé. T. 37º6, P. 104. Se plaint même au repos de douleurs dans tout le ventre. Abdomen ballonné, mais pas uniformément ; au niveau de l'ombilic existe une sorte de sillon transverse et l'ombilic lui-même est projeté en avant. A la percussion, tympanisme dans la plus grande partie de l'abdomen avec matité dans la région hypogastrique et sur le trajet du côlon descendant ; matité

incomplète dans la région iliaque droite. La matité du foie est de peu d'étendue, elle commence en haut au niveau de la 5e côte. Il est impossible de délimiter la rate à cause du tympanisme. Vomissements continus ; beaucoup d'indican dans l'urine.

Diagn. *Péritonite aiguë généralisée.* L'ensemble des symptômes fait qu'on ne peut admettre une péritonite par perforation et les vomissements excluent l'idée d'une perforation de l'estomac. Ord. ; repos absolu, diète liquide, opium, glace.

Les jours suivants, les vomissements continuent : malgré l'opium et le sous-nitrate de bismuth il y a de la diarrhée. Toutefois le tympanisme est moins marqué et l'état de faiblesse moins grand.

21 déc., élévation de T. à 38°8, gonflement douloureux de la parotide droite, paralysie des branches labiales du nerf facial droit. Du 22 au 24 décembre, diminution de la fièvre (36°5) et amendement de la parotidite. La T. n'augmente pas jusqu'à la mort qui arrive le 27 déc. Cinquante heures avant la mort avait eu lieu le dernier vomissement, et depuis ce moment le malade était tombé dans le collapsus. (1.)

Aut. En ouvrant l'abdomen on trouve en différents endroits des cavités remplies de pus et tapissées par la péritoine épaissi. En détachant la rate on ouvre une grande cavité située profondément et derrière l'E., cette cavité contient du pus et des matières floconneuses de teinte brunâtre que l'on reconnaît être le contenu de l'E. Après avoir enlevé l'E. on voit sur sa face postérieure vers la partie médiane une perforation ronde, de la grandeur d'une pièce de cinq pfennigs, communiquant avec la cavité purulente dont nous venons de parler. Cette perfor. correspond, du côté de la muqueuse de l'E., à un ulcère taillé en escalier. De cet ulcère part une traînée cicatricielle qui se dirige en haut vers la petite courbure pour aboutir à une autre ulcère plus petit qui semble en voie de guérison. Sur la paroi

(1). Les vomissements ayant cessé brusquement, Ebstein pensa qu'il était survenu une perforation de l'estomac.

antérieure de l'E. on trouve encore une cicatrice de forme étoilée.

Observation XXVIII. — Good. *West London med. chir. soc.*, 7 nov. 1884. *Med. press and circular*, p. 529, 1884. — *U. latent, perforation, mort subite.* — F.... 20 ans, trois ans auparavant, inflammation utérine ; depuis cette époque, bonne santé, mais constipée, avec des flatulences et appétit capricieux. Lorsqu'on la vit le 25 sept. à 7 h. soir, elle était en proie à une douleur très vive dans les régions ombilicale et hypogastrique, elle avait des vomissements muqueux, l'abdomen était météorisé et les muscles abdominaux contracturés. Langue blanche. T. 99° F ; P. 84, petit et dur. Elle avait pris de l'huile de ricin et le Dr Good lui ordonna une infusion chaude et une mixture opiacée.

Le 28 à 4 heures du soir, elle se trouva subitement plus mal et mourut avant l'arrivée du Dr Good. L'abdomen était distendu et tympanisé.

Aut. Epiploon épaissi et très congestionné, circonvolutions de l'intestin en contact avec lui enflammées. Sur la face antérieure de l'E. à un pouce 1/2 du pylore, il y avait un ulcère rond taillé à l'emporte-pièce et perforé. Les contours en étaient durs et du diamètre d'une pièce de 3 pences. Ni extravasation de sang, ni adhérences. Muqueuse de l'estomac pâle.

Le Dr Good fait remarquer l'intérêt médico-légal de ce cas, car l'histoire clinique de la malade ne révèle *aucun signe d'ulcère de l'estomac*.

En présence de cette mort subite on ne pouvait avoir affaire qu'à une rupture d'un ulcère perforant de l'intestin à la suite d'une entérite ou à la terminaison brusque et fatale que l'on observe dans quelques cas de péritonite. La mort subite, sans hémorrhagie, par pur shok est très rare.

Observation XXIX. — Westbroock, *Brooklyn Path. Soc.*, 1885-86, in *N-Y. med. Journal*, 1886, p. 447. — *U. latent, péritonite, mort 4 h après le début clinique.* — F..., 40 ans, en 1885 quelques troubles qui firent penser à une gastrite chronique, mais ils s'amendèrent rapidement. Le 24 septembre 1885, dit se porter beaucoup mieux.

Dans la soirée du 28 octobre 1885, se plaignit subitement de douleurs violentes et de crampes dans l'estomac, elle ne pouvait rester en place et refusa de s'étendre sur son lit. Elle vomit un peu de sang et finalement s'agenouilla sur le parquet appuyant son ventre sur une chaise très basse. Elle mourut dans cette position à peu près quatre heures après le début des douleurs.

Sa famille ne se rendant pas compte de la gravité de son état n'avait pas appelé de médecin. Pendant toute la journée qui précéda cet accident, elle se trouva aussi bien portante qu'elle l'était depuis deux mois. dans l'après-midi elle était allée faire des achats et c'est à son retour qu'elle se trouva malade.

Aut. On trouva une perforation sur la face antérieure de l'estomac, près de l'extrémité pylorique. Il y avait une péritonite intense et généralisée, les feuillets viscéral et pariétal étaient injectés et recouverts d'un exsudat récent.

Reins petits mais normaux ; foie gras.

Observation XXX. — Samuel West. *Clinical society of London*, in *The Medical press and circular*, 27 janvier 1886, p, 75. — *U. chronique simple de l'E. et du duodénum, sans symptômes jusqu'au moment de la perforation.* — Le sujet a l'air très malade : resp. 46, p. 120, très faible, 99° F. ; quelques traces d'albumine, foie gros, léger ballonnement au niveau de l'ombilic et de l'hypochondre droit. Pas d'ascite, mais un peu d'œdème des jambes. 2 ou 3 malaises pendant les derniers jours. Elle s'affaiblit rapidement et mourut cinq jours après son entrée.

Au. Pleurésie ancienne chronique et péricardite. Foie gros : entre le foie et la paroi abdom., il y a un abcès qui com-

munique d'une part dans le duodénum par une perforation siégeant sur un ancien ulcère, d'autre part avec le côlon, et c'est probablement de ce dernier point que provenait l'hémorrhagie. On trouva un second ulcère chronique au niveau de la petite courbure de l'estomac ; cet ulcère était perforé et la perfor. conduisait dans une cavité limitée par d'épaisses parois fibreuses et dont la base était formée par le foie. Ces deux ulcères étaient de date ancienne et les symptômes actuels avaient pour cause la perforation de l'ulcère duodénal et la formation des abcès.

Remarque. L'étendue et la durée de ces deux ulcères sans aucun symptôme, ensuite le faible degré de température malgré une active suppuration, méritent d'attirer l'attention,

Le Dr Taylor rapporte qu'il y a quelques années, il fut appelé auprès d'une servante anémique qui avait été prise subitement le matin même, de douleurs très violentes dans l'abdomen et qui mourut presque aussitôt. A l'autopsie on découvrit un ulcère de l'estomac.

M. Godlec cite le cas d'un homme reçu à l'hôpital comme ayant des *coliques de plomb*. Comme il était porteur d'une petite hernie crurale, on pensa que les symptômes qu'il présentait pouvaient être dus à l'*étranglement* de cette hernie et on l'opéra. A l'ouverture du sac il s'écoula du liquide purulent. Le malade mourut deux jours après et à l'autopsie on trouva une perforation d'une ulcère duodénal.

Observation XXXI.— (Quinlau. *A mirror of Hosp. praci, Brit. and Foreign*, in *The Lancet*, 1887, p. 267.)— *U. perforant de l'E.*— F., 38, avait présenté plusieurs années auparavant, quelques troubles dyspeptiques, avec une constipation habituelle contre laquelle elle prenait constamment des purgatifs. Le 6 octobre, elle avait pris du sené qui produisit beaucoup d'effet. Peu après elle ressentit de violentes douleurs qui allèrent en augmentant. Le 10 au matin, les douleurs devinrent intolérables. Le Dr Franks la trouva dans une angoisse extrême reposant sur

les coudes et les genoux. Il remarqua une légère distension de l'abdomen, mais sans douleur à la pression. Température normale, facies grippé. Son état s'aggravant et la température augmentant. elle fut transportée à l'hôpital St-Vincent le 11 oct.

L'abdomen était alors très distendu mais la pression non douloureuse, semblait au contraire amener un certain soulagement, vomissement ; ne peut rien garder sauf un peu d'eau glacée. Depuis le 5 octobre, elle nétait pas allée à la selle. P. à 120, faible et dépressible. T. 101°2 F.. face semblable à celle d'un cholérique. L'état étant désespéré, on fit de fortes injections de morphine et on appliqua sur l'abdomen des cataplasmes chauds et une décoction de pavots. On obtint ainsi un certain soulagement, à 11 heures du soir la malade dit que ses douleurs avaient disparu, elle put causer aux personnes qui l'entouraient, un quart d'heure après elle s'affaissa tout d'un coup et mourut immédiatement.

Aut. En ouvrant l'abdomen on trouva les intestins distendus par des gaz et le contenu de l'E. répandu dans la cavité périton. Il y avait une péritonite intense dans la partie *supérieure* et dans la moitié gauche de l'abdomen.

E. Au milieu de la petite courbure et empiétant également sur la face antér. et sur la face postérieure de l'organe on découvrit un ulcère perforé de la dimension d'une pièce de 1 penny. L'ulcère était divisé en deux parties par une corde de tissu gastrique qui était tendue d'un bord à l'autre, épaississement de la muqueuse gastrique, dû évidemment à une ancienne gastrite. On se trouvait évidemment en présence d'un ulcère chronique de l'estomac qui avait cansidérablement aminci les parois de l'organe quand la perforation se produisit probablement sous l'influence de la forte purgation dont il a été question. L'absence totale de douleur à la pression exercée par la main sur l'abdomen, malgré une péritonite intense et généralisée accompagnée de symptômes aussi graves est à remarquer.

Observation XXXII.—Archagouni Utudjan. In *Thèse*, Paris. *Formes perforantes de l'ulcère de l'estomac*, 1889.— *U. latent. Perforation, péritonite. Mort 45 heures après le début des accidents.*— F..., 25 ans, n'ayant *jamais* eu le moindre dérangement gastro-intestinal, pas de vomis., pas de doul. à l'estomac, est prise brusquement, ayant dîné comme à l'ordinaire, de douleurs abdominales atroces. Le lendemain matin, on constate une péritonite suraiguë : facies, grippe, nez froid, yeux excavés, ventre tendu, plat, dur comme une planche. La mort survint 45 h. après le début des accidents.

Aut. — Péritonite dûe à la perforation d'un ulcère de la face antér. de l'E.

Observation XXXIII (Résumée).—W. G. Creswell. In *The Lancet*, 18 septembre 1890, p. 457.— *Ulcère latent. Perforation, péritonite. Mort environ 20 heures après les premiers symptômes.*— F..., 21, employée de manufacture, toujours bien portante depuis son enfance. Aucun symptôme gastrique antérieur ; beaucoup de privations, quelquefois de l'intempérance, de l'anémie et une excitabilité exagérée. Pas de troubles menstruels. Le 27 déc. 1879, dans l'après-midi, elle ressentit un violent frisson tout en conservant l'air bien portant ; pendant le thé, se baissant pour faire rôtir des tartines de pain, elle ressentit une douleur dans l'estomac et à l'épigastre ; immédiatement elle monta dans sa chambre et se mit au lit. Elle vomit alors un liquide brunâtre ainsi que tout ce qu'elle prit, en même temps la douleur épigastrique devint plus intense et se propagea dans tout l'abdomen. Ces accidents continuèrent toute la nuit, et le lendemain matin, à 11 heures, elle mourut dans les bras de son frère, pendant que, sur son désir, il la transportait dans la chambre voisine.

Aut. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula du liquide laiteux et puriforme. Dans la partie supérieure, le péritoine et les intestins étaient fortement congestionnés et présentaient des adhérences. Il y avait très peu de gaz et une odeur peu

prononcée. E. vide ; sur sa face postérieure, tout près du pylore, était une ouverture parfaitement ronde de 1 pouce de diamètre. En examinant la face interne on trouva, correspondant à cet orifice, un ulcère en forme d'entonnoir entouré d'un épaisissement des tissus.

Cœur sain, hymen intact, ovaires normaux.

Remarques. — Etant donnée la situation anatomique de l'ulcère, l'absence de vomissements et d'hématémèses est remarquable. Les autres points intéressants sont la grande dimension de la perforation et les frissons qui ont précédé et suivi la douleur.

Observation XXXIV. — Professeur Naunyn, in Struck. *Beitrag zur Symptomatologie der Perforations peritonitis im Gefolge des ulcus ventriculi perforans*, Berlin, 1890, p. 38. — *Cinq U. Une perforation. Mort.* — F.... domestique, 20. Toujours très bien portante. Depuis quelque t., constipée ; depuis dix jours avait des douleurs dans les reins. Le 9 nov., ces douleurs devinrent si violentes qu'elle dut interrompre son travail. Elle se purgea, mais la constipation persista. Dans la nuit du 10 au 11, les douleurs devinrent plus vives et elle eut des vomiss. fécaloïdes. Le 12, dans l'après-midi, elle arriva à la clinique très abattue.

Etat actuel. — 13 nov. — La malade est très robuste, bien constituée, elle est couchée sur le dos et pousse des gémissements. Extrémités froide, face anxieuse, pouls est rapide et à peine perceptible. Abdomen modérément et uniformément météorisé, sensible au toucher. Un peu de matité dans les parties déclives. Dans l'après-midi du 12, un vomissement fécaloïde qui s'est reproduit deux fois dans la nuit. Abattement plus grand que la veille. Ordonnance : huile de ricin 60 grammes, huile de croton 2 gouttes. Lavement.

14 nov. à midi. — Depuis 30 h., pas de vomiss. Depuis 24 h., on a donné six lavements sans résultat. L'état général est le même, l'abattement est aussi grand. Il se produit une

selle spontanée, mais peu considérable. Ordonnance : suppression des lavements et de l'huile de ricin. Cinq fois par jour, 0,02 d'opuim.

15. — La malade a été spontanément à la selle une fois. Sur sa demande, on lui a donné un peu de bière qu'elle a vomie, mais le vomissement n'avait pas d'odeur fécaloïde. Soif ardente. Pouls moins fréquent et plus plein. Température un peu élevée, urine riche en indican.

16. — Avant midi, abattement très grand. Après-midi, état meilleur, pouls plus plein, mais il y a du hoquet. Comme il n'y a pas eu de selles, l'opium est supprimé.

17. — Pas de selles, l'affaiblissement à augmenté ; pouls faible et fréquent. Depuis midi, délire. Mort à 11 heures du soir.

Aut. — A l'ouverture de la cav. abdom., les intestins s'en échappent fortement distendus et recouverts de l'épiploon infiltré de pus. Entre la paroi antér. de l'E. et le diaphragme se trouve une cavité remplie de gaz. L'estomac est rétracté et on constate sur sa paroi antér., du côté de la séreuse, une perforation ayant la dimension d'une pièce de 10 pfennings. La surface externe de l'estomac et des intestins est recouverte d'un exsudat en partie purulent, en partie fibreux. Dans le petit bassin, il y a une grande quantité de pus. Il s'exhale de tous ces produits une odeur fécaloïde très prononcée. Le petit intestin est enveloppé de fausses membranes et ne présente nulle part de perforation.

Après avoir enlevé l'E., on constate, après son ouverture, la présence de *cinq* ulcères qui sont lisses et ont des dimensions variant entre celles d'un pois et celle d'une pièce d'un mark Les bords en sont nets et vont s'amincissant vers la séreuse. Le plus grand ulcère situé vers le milieu de la paroi antérieure de l'estomac présente à sa partie centrale une perte de substance du diamètre d'une pièce de dix pfennings qui correspond à la perforation constatée sur la face extérieure. Les autres organes ne présentent aucune altération.

Observation XXXV. — Walther et Hélary. *Soc. Anat.*, octobre 1890, p. 441. — *U. latent de l'E. Perforation. Mort par péritonite suraiguë. Prédominance des signes cliniques de péritonite dans le petit bassin.* — F., 17. Très bien portante, n'ayant *jamais* eu ni dérangements gastro-intestinaux, ni vomiss., ni hématémèse, ni melæna.

5 octobre. Est prise brusquement, au milieu de la journée, de douleurs violentes dans l'abdomen avec vomiss. aliment.

Vue le 6, on constate tous les signes d'une péritonite aiguë : facies péritonéal, quelques vomiss. verdâtres ; ventre ballonné, sonore ; 38° 8, pouls fréquent et petit.

Le 7, aggravation de l'état général. Pas de vomiss., 37° 6. Douleurs abdominales augmentent d'intensité. Abdomen distendu, très douloureux à la pression, sonorité dans les flancs. Diarrhée assez abondante ; on sentait, par le toucher vaginal combiné, à la palpation abdom. une collection pelvienne gauche.

Le 8, laparotomie, malgré la gravité de l'état général. On trouve une péritonite suppurée généralisée : cavité pelvienne pleine de pus, anses intestinales recouvertes de fausses membranes épaisses et adhérentes enlevées avec difficulté. Aucune lésion de l'utérus ni des annexes. Autour du cœcum, gros foyer purulent limité par des anses intestinales agglutinées. Craignant une perforation de l'appendice, on le réséque. Dans la partie supérieure de l'abdomen, les lésions allaient en s'atténuant.

Mort 8 heures après l'opération.

Au. E. : peu distendu, présente sur la face ant., partie moyenne, à 3 centimètres de la petite courbure, une ouverture circulaire du diamètre d'une pièce de 50 centimes, par où s'écoule un liquide jaunâtre. Au niveau de la perforation existe un large ulcère taillé à pic. Sur la face postérieure muqueuse, se voient deux autres ulcères très larges, situés au même niveau que la précédente ; sur l'une, l'E. est presque perforé, et a à

peine l'épaisseur d'une pelure d'oignon. A leur niveau, l'E. n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins.

Péritonite suppurée dans le petit bassin avec fausses membranes. Organes génitaux sains. Appendice normal.

Rem. La prédom. des signes de péritonite dans le petit bassin pouvait faire croire à un point de départ pelvien, du côté des *annexes*, d'autant que le toucher vag. faisait sentir dans le cul-de-sac gauche une petite grosseur qui n'était qu'un amas de fausses membranes.

Observation XXXVI. — Walther. *Soc. Anat.*, oct. 1890, p. 466. — *U. latent de l'E. Perfor. et péritonite généralisée (rattachée à une perforation appendiculaire). Mort après 72 heures environ.* — F., 18. Aucun accident gastrique antérieur.

Le 21 juin, prise brusquement, dans la soirée, de douleur violente dans la fosse iliaque droite, puis de vomiss.

Le 24, amenée de Nanterre à l'hôp. Beaujon. Présente tous les signes d'une péritonite suraiguë généralisée, avec maximum de la douleur au toucher dans la fosse iliaque droite. Aucune lésion du côté des annexes, la malade était vierge. Faiblesse extrême, mais, a sa connaissance.

Diagnostic: *Perforation de l'appendice* ayant déterminé une péritonite généralisée.

Le Dr Walther la voit à 2 h. après midi. Mais les accidents marchaient si rapidement qu'il la trouve sans connaissance, pouls insensible à la radiale, à peine perceptible à la fémorale, extrémités froides. Aucune intervention n'était possible. Morte à 7 h. soir.

Au.: Péritonite généralisée avec fausses membranes agglutinant les intestins. Pus liquide accumulé dans le petit bassin. Rien au cœcum, aux annexes, ni à la vésicule biliaire. Foyer purulent à région épigastrique, limité par des adhérences lâches, et formé par la paroi abdominale, l'épiploon, le colon transverse et la face antérieure de l'estomac.

E. : sur la face ant., à deux travers de doigt de la petite courbure, plus près du cardia, se trouve une perfor. du diamètre d'unepièce de 50 centimes, circulaire. Du côté de la muqueuse : ulcère rond, type taillé en entonnoir.

Observation XXXVII. — Jayle. *Bull. soc. anato.*, nov. 1891.) — *Double U. latent de l'E. Double perforation. Mort par péritonite suraiguë en 29 heures.* — F..., 20 ans, domestique. Jamais malade.

Depuis 3 semaines, *diarrhée* attribuée à un changement de nourriture. A 6 heures du soir, prise brusquement en ramassant un objet à terre, d'une douleur intense dans l'hypochondre gauche, elle dit avoir senti à ce moment un craquement à ce niveau. Depuis, ni selles, ni gaz. Deux ou trois vomissements bilieux peu abondants. A son entrée, ventre ballonné, douloureux, résonnant partout, sans aucune tumeur, ni point doul. spécial. Rien au toucher vaginal. Sueurs froides, 37°. Diagnostic douteux entre *iléus* et *péritonite suraiguë*.

4 h. plus tard, la T. tombe à *36°*. Les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueurs, le pouls est incomptable, la respir. à 60, et la malade commence à perdre connaissance. Etant donné la marche, on porte le diagnostic de péritonite suraiguë dûe à une perfor. intestinale siégeant du côté de l'hypochondre gauche. Mort à 11 h. soir (29 h. après le début).

Aut. Liquide séro purul., mat. aliment., entre autres pépins de raisin. Gaz fétides. Pas d'adhérence. Intestin sain.

E. Double perforation : l'une à la face antér. (à 3 ctm. au-dessous de la petite courbure et vers le milieu de celle-ci), l'autre à la face postère (située à 7 ctm. du cardia, à 5 ctm. 1/2 de la petite courbure). Ces deux perfor. sont presque en face l'une de l'autre. La perfor. ant. est arrondie, et à 8 millim. de diamètre. La post. est elliptique et mesure 16 millim. sur 7. Toutes deux siègent sur un ulcère.

Les autres organes sont sains.

Observation XXXVIII. — F. Potier. *Soc. anat.*, juillet 1892, p. 597. — *U. méconnu de l'E. Perfor. Mort 20 h. environ après le début des accidents.*— H..., 37 ans. Etait depuis un mois dans le service du Dr Rigal, à Necker. C'était un nerveux ; pas de réflexe pharyngé, hémianesthésie de presque toute la moitié droite du corps. Accusait la sensation de boule hystérique et de constriction pharyngée qui s'ensuit. Ces sympt. pour lesquels il était entré à l'hôpital, étaient surtout des sympt. de dyspepsie. Il présentait des renvois acides, du clapotement stomacal, un peu d'inappétence. Jamais ni hémat., ni melaena.

L'ensemble de ces sympt. n'avait pu faire naître dans notre esprit l'idée d'ulcère de l'E., et nous considérions ce malade comme un *nerveux dyspeptique.*

Dans la nuit du 9 juillet, il est pris d'une violente doul. abdom., son ventre se ballonne subitement, ses extrémités deviennent froides.

10 au matin, est dans une angoisse extrême et dit qu'il va mourir. Enorme ballonnement du ventre, douleur extrême dans tout l'abdomen, et que provoque la pression des doigts. Pas de fièvre.

Mort le soir à 6 h. dans les plus vives douleurs.

Aut. Lésions de péritonite récente. Anses intest. rougies, déjà adhérentes, présentent des traînées de pus. Liq. verdâtre dans le péritoire.

E. En le palpant, on sent une tumeur dure, disposée en nappe, qui occupe sa face postér. dans la partie la plus élevée, et qui empiète sur la petite courbure. En ouvrant l'E., on voit que cette tumeur n'est que la circonférence d'un vaste U. de l'E., large environ de 6 ctm. A la partie supér. et à droite de l'U., existe une petite perfor. circulaire, du calibre d'une plume de corbeau. Les bords de l'U. forment une sorte de bourrelet dur, qui se dessine en contour absolument circulaire. Au-dessous du bourrelet, et le séparant de la face profonde de l'U.,

existe une sorte de sillon assez marqué. Fond de l'U. lisse, et a, ainsi que le bourrelet, l'aspect de tissu fibreux.

Rem. Grandes dimensions de l'U. Mort rapide qu'entraîna la perfor. Le siège de l'U. (petite courbure), loin du suc gastrique, explique peut-être l'évolution lente et sourde.

Observation XXXIX. — Gilbert Barling. *Brit. med. j.*, 1893, t. I, p. 1258. — *Bull. méd.*, 1893, p. 595. — *U. latent. Perforation. Mort 30 h. environ après le début.* — F..., 22. Dans ses antécédents on ne trouvait rien qui puisse faire penser à un ulcère de l'estomac ; fut prise subitement de douleurs violentes dans l'abdomen au moment où elle se baissait. Elle devint rapidement très faible. Elle fut reçue au General-Hospital et vue six heures après le début de la maladie ; abdomen un peu distendu, muscles de la paroi contractés, ventre douloureux à la pression profonde, pouls assez dur, vomissements et toux quinteuse.

La parotom. sous-ombilicale. On enleva deux ou trois pintes de liq. séro-purulent, mais il fut impossible de trouver une lésion des organes abdominaux. La cavité abdom. fut lavée et drainée.

Mort 24 heures après l'opération.

Aut. Perforation de l'E. au niveau de la paroi antérieure, dans une position facilement accessible pour la suturer, cette perforation avait pour cause un ulcère qui ne s'était révélé par aucun symptôme pendant la vie.

Observation XL. — (Recht. *Bull. Soc. Anat*, mars 1893.) — *U. rond latent de l'E. Péritonite par perforation. Mort au bout de 15 heures.* — J. fille soignée 2 ans auparavant pour *chloro-anémie*. Depuis, a toujours travaillé ; *n'a jamais eu de maux d'estomac*.

Brusquement, la nuit, est prise d'une violente douleur épigastrique ; on constate au matin tous les signes d'une périto-

nite suraiguë, *moins les vomissements*. Mort 15 heures apres le début.

Aut. Péritonite due à une perfor. siég. à la paroi autér. de l'E., dans la région moyenne. Cette perfer., à l'emporte pièce à l'extér., est taillée en escalier à la face interne.

Observation XLI. — Hood (*Lancet*, 1893, t. I, p. 1256). — *Ulcère chronique méconnu. Perforation du diaphragme empyème. Absence remarquable de signes gastriques. Mort.* — Une servante est admise à l'hôpital, le 14 déc. 1891, avec les signes les plus nets de *pleurésie gauche aiguë*, avec vom. Très bonne santé habituelle : 3 ans auparavant, quelques phénomènes dyspeptiques, puis une hématèse, après laquelle elle se porte tout à fait bien, sans aucun phénomène gastrique. L'état grave fit penser que l'épanchement était purulent. Une ponction fit retirer 38 onces de pus extrêmement fétide. Pas de mieux, même après quelques jours ; on constate alors une saillie globuleuse, sonore, à l'épigastre ; on pensa à l'E. distendu par des gaz. Un tube dans l'E. n'amena ni gaz, ni diminution de volume.

On décida alors d'ouvrir plus largement le thorax. Mais la malade contracta alors la *diphtérie*, et ce fut à ce moment qu'apparurent les 1ers signes de lésion gastrique. Hématémèse adondante, 2 jours de suite. 11 janv. guérie de la diphtérie, mais affaiblie par l'hématémèse ; santé générale meilleure, une nouvelle ponction aspir. donne seulement 2 onces de pus. 16, survint une *phlébite* des 2 veines fémorales, qui fit ajourner l'empyème, enfin, on ouvrit au niveau du 7e esp., sans trouver de liquide. La plèvre était très épaissie, et une sonde fut aisément enfoncée de 7 à 8 inches. 3 jours après, douleurs, état inquiétant, puis alla mieux. Elle devint capable de prendre toutes sortes d'aliments avec appétit et plaisir. Elle restait au lit et se trouvait bien. Cette amélioration durait depuis 14 jours, quand hématémèse abondante (20 onces) survint, puis se renouvela plusieurs fois, jusqu'à la mort.

Aut. On trouve une large cavité, entre paroi et diaphragme, communiquant avec l'E. tout près du cardia par une perfor. d'un inch de diamètre. Une 2e perfor. de l'E. donnait dans un abcès siégeant près de la rate. L'E. était légèrement dilaté ; la portion cardiaque rétractée avec parois épaissies, était séparée de la portion pylorique, dilatée, par une bande rétractée. Dans la portion cardiaque passaient le sinus conduisant dans la plèvre, l'orifice de l'œsophage et la perforation vers l'abcès splénique....

Péricardite purulente et multiples abcès du foie.

Rem. Rien, dit l'auteur, ne faisait rapporter à l'E. les signes présentés par la malade ; durant les 5 semaines où elle fut soumise à une observation constantet elle ne présenta ni douleur gastrique, ni malaise après la digestion. La bande fibreuse qui divisait l'E. était de très vieille date, et devait remonter au processus ulcératif qui donna lieu à l'hémorragie initiale, 3 ans plus tôt. La portion cardiaque de l'E. séparée de l'autre, avait perdu sa fonction, et la nourriture passait directement de l'œsoph. dans ce qui était le vrai E. Le gonflement globuleux, apparu pendant la vie, était probablement à cette portion cardiaque distendue par des gaz.

Observation XLII. — Kelimack. *Commun. to the annual meeting of the Brit. med. assoc.*, juin 1894. *Brit. med. J.*, 1892. t. II, p. 914. — *U. latent. Perforation. Mort en 24 heures. — Consid. patholog. sur l'intervention chirurg. dans les cas de perfor. d'U. de l'E.* — H..., 29, laboureur, bien portant, probablement éthylique, mangea un peu de bœuf le 1er juillet, toute cette journée il fit très chaud ; le lendemain fut pris de douleurs abdominales très violentes, situées surtout dans la région ombilicale, ces douleurs avaient le caractère de coliques. Il vomit une fois et n'eut aucune garde-robe. Cette douleur persista, l'abdomen était très sensible à la pression, mais il n'y avait pas de ballonnement et aucun signe certain de péritonite. L'ensemble des

accidents fit croire à un purgatif, mais sans aucun effet ; il s'affaissa rapidement et mourut le 3 juillet.

Aut. Sur la face antérieure de l'estomac, près du pylore, un ulcère perforé. La perforation avait 5 millim. de diamètre. La cavité abdom. contenait beaucoup de gaz, et plusieurs pintes d'un liquide de couleur jaunâtre dans lequel se trouv. des gouttelettes graisseuses. Le péritoine était très congestionné. Autres organes sains.

Observation XLIII. — Lucke, in *thèse* Pierner, 1895, p. 79. *Perfor. stomacale par ulcère. Péritonite. Mort au bout de 5 jours environ.* — F., 18 ans. *Commémoratifs.* A eu la rougeole étant enfant. Réglée à 13 ans, toujours mal réglée. Depuis deux ans était chlorotique.

Depuis quinze jours, la malade ressentait, un quart d'heure après le repas, une sensation de pesanteur dans l'estomac. Elle a vomi deux fois des masses glaireuses.

Le soir du 10 fév. 1892, l'état s'aggrava subitement ; après avoir mangé des plats sucrés et bu un peu de vin, elle ressentit des douleurs violentes, des tiraillements dans la région abdominale, et dans cet état, elle se fit transporter à l'hôpital.

Etat le 11 : Langue blanche, haleine fétide. Dyspnée (36 à la minute). Respiration uniquement costale. L'abdomen, surtout dans la région ombilicale, est fortement tuméfié et reste absolument immobile pendant la respiration. Sonorité tympanique. Pas de matité dans les portions déclives. Douleurs spontanées qui sont les plus intenses dans la moitié gauche du ventre, à la hauteur de l'ombilic ; coïncident en cet endroit avec le maximum de la tuméfaction. On sent le foie rejeté en haut, le bord supérieur est au niveau de la 4e côte.

La matité du cœur s'étend en haut jusqu'au bord infér. de la 3e côte, à droite, jusqu'au sternum. Impossible de percevoir le choc de la pointe. Bruits du cœur normaux ; respiration normale. Ni toux, ni expectoration. Comme la malade ne pouvait uriner, on la sonda, l'urine foncée, pas d'albumine. Au toucher,

utérus peu mobile, pas de pus en pressant sur l'urèthre. Constipation.

12 février. Ventre fortement tuméfié surtout sur la ligne médiane. Respiration uniquement costale, pure. Matité du foie très diminuée, il est impossible de la percevoir entre le sternum et la ligne passant par le mamelon, elle commence en dehors de cette ligne, à la 5e côte, et s'étend jusqu'un peu au-dessus du rebord costal. Sonorité tympanique sur tout l'abdomen. Pas de vomissements. P. très petit (150-160).

Diagn. — *Péritonite par perforation*, due probablement à un ulcère de l'estomac.

Opération. — Echappement de gaz très appréciable. En explorant la cavité abdom., il s'échappe une petite quant. de sérosité trouble, floconneuse. Appendice sain. De la partie supérieure, il s'écoule une grande quantité de liq. trouble, d'aspect légèrement purulent, avec des flocons blanchâtres ayant l'aspect de lait caillé. En écartant le foie, on aperçoit une perforation sur la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du cardia, tout contre la petite courbure. On excise circulairement toute la partie voisine de la perfor. et on réunit les surfaces par quatre sutures. Lavage avec solution salicylée chaude. On éponge ce qui reste de liquide. Drain dans le cul-de-sac de Douglas et on injecte une solution salicylée chaude jusque dans le petit bassin. Il s'écoule une abondante quantité de pus. Durée de l'opération, 1 h. 1/4.

Le 12, lavement alimentaire (50 gr. de vin, 50 gr. de bouillon, 1 jaune d'œuf). P. 150, resp. 35. T. le soir 38° 1. P. 140, soif ardente. Lavement alimentaire avec V gouttes d'opium, on fait sucer de la glace.

Le 13, T. le matin 38° 7, P. 140, resp. 30. La nuit a été tranquille, sommeil assez profond. Vers le matin la malade est prise d'accès de toux qui éveillent des douleurs dans le ventre. On change le pansement. Ventre moins tendu qu'au moment de l'opération. Soir et matin lavement alimentaire avec V gouttes

d'opium. Etat général satisfaisant. La malade a uriné spontanément et abondamment. Le soir : T. 38°2, P. 140, resp. 30.

Le 14, le matin T. 38° 4, P. 140, resp. 30. Langue humide. Nuit a été tranquille. Selles abondantes. Le ventre n'est pas sensible à la pression. Etat général satisfaisant. Même régime que le 13.

Le 15, le matin T. 38°4, P. 120, resp. 25. Nuit a été un peu agitée, langue humide. On change le pansement. Le ventre s'est affaissé ; nulle part il n'est douloureux à la pression. Très peu de liquide. Matin et soir lavement avec V gouttes d'opium. De 2 h. en 2 h., 50 gr. de lait bouilli avec un peu de cognac. T. le soir 38° 5, P. 150. Langue humide. Nuit agitée.

Le 16, T. le matin 38° 4, P. 150, petit ; resp. 30. On change le pansement, le ventre n'est pas tendu, insensible à la pression. On enlève le drain. Même régime que le 15. A 1 h. après-midi, pouls très petit, très fréquent. A 3 h. 1/2, mort.

Observation XLIV (résumée). — M. O. Pasteau, *Bull. de la Soc. anat.*, 29 novembre 1895, p. 740. — *Péritonite aiguë généralisée conséc. à un U. simple de l'estomac et prise pour une appendicite aiguë avec perforation et infection généralisée du péritoine.* — H..., 44, garçon de magasin, présentait, depuis de longues années, des symptômes d'intoxication alcoolique, crampes, hallucinations nocturnes, pituites, etc. D'ailleurs jamais malade, jamais de douleurs du ventre ; selles régulières : jamais de sang par le rectum, ni d'hématémèse.

Le 16 nov., éprouve quelques douleurs assez violentes au niveau de l'estomac et dans le flanc droit ; un médecin appelé ordonne seulement quelques frictions calmantes et tout rentre dans l'ordre.

19. Il vomit le matin son déjeuner et un peu de bile ; le lendemain, de nouveau, vomit de la bile le matin, et fait trois selles de consistance et de coloration normales ; mais dans l'après-midi son ventre devient très douloureux ; il est dur, rétracté, et le médecin appelé porte le diagnostic de *coliques hépatiques*.

21, à midi, prend un lavement purgatif qui reste sans effet ; à 2 h. de l'après-midi, il est purgé à l'huile de ricin ; cette purgation reste également sans effet et le lendemain matin, prend de nouveau une limonade purgative. La douleur se localisant cette fois bien nettement au niveau de la fosse iliaque droite, on applique en ce point un large vésicatoire.

Le ventre se ballonne, les vomiss. continuent, le facies se grippe, le pouls faiblit et le malade est amené à l'hôpital le 23, à 1 h. de l'après-midi.

A son entrée nous constatons que tout l'abdomen est fortement météorisé, il y a de la douleur très limitée dans la fosse iliaque droite et le point de Mac Burney est très net. On ne sent pas d'empâtement dans cette fosse iliaque, ce qui peut s'expliquer par le ballonnement considérable du ventre ; il y a de la matité au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite s'étendant vers la ligne médiane sur une largeur de 5 centim. environ et se prolongeant dans le flanc. Toute la peau de l'abdomen est mollasse et comme légèrement œdématiée.

Vomissements fécaloïdes ; l'état général très mauvais, facies fortement grippé, yeux excavés, nez pincé, extrémités refroidies, pouls très petit 110 et T. 37°4.

En présence de ces symptômes nous portons le diagnostic d'*appendicite aiguë* avec *péritonite généralisée*. A 3 h. de l'après-midi, deux heures après l'entrée du malade à l'hôpital, nous faisons, avec M. le Dr Sebileau, une incision parallèlement à l'arcade crurale, mais assez haut en regard de l'épine iliaque. Nous arrivons bientôt sur le pus et mettant le doigt dans la plaie nous constatons que nous sommes en pleine cavité péritonéale, il n'y a pas trace de poche ; l'intestin se présente à nous baignant dans un pus jaunâtre très fluide extrêmement fétide. Nous sentons l'appendice remonté derrière le cœcum, adhérent à la paroi iliaque dans ses deux tiers supérieurs et libre à son extrémité. En présence de la généralisation des lésions, nous faisons une seconde incision sur la ligne médiane dans la région sus-pubienne, par cette plaie encore s'écoule le même pus en

assez grande abondance. Puis, lavage de la cav. abdom. avec une dizaine de litres d'eau légèrement additionnée d'une sol. de sublimé à 1/1000. Inj. sous-cut. d'un litre de sérum artificiel, deux autres litres lui sont injectés dans la soirée ; diète absolue.

Le pouls se relève alors un peu ; le lendemain matin il bat encore 110, mais il est plus fort. On donne au malade, dans le courant de la journée, trois litres de sérum artificiel en injection sous-cutanée, dans la soirée, sueurs abondantes, nouveau lavage de la cavité abdominale.

Le 25, matin à 9 heures, le malade allait sensiblement mieux ; la température était de 38° 8, le pouls battait 112 et était bien frappé. Mais, à midi, tout cet aspect d'heureux augure était complètement changé : peu à peu la température des extrémités descendait ; et le 26 à 9 heures, le malade succombait.

Aut. : Les drainages avaient fait disparaître tout le liquide; l'intestin était en partie couvert de fausses membranes. Dans la fosse iliaque droite, cœcum et appendice sains.

E. : perforation sur la moitié antérieure du pylore, à un demi-centimètre au-dessus de la valvule pylorique. Au niveau de cette perforation, quelques adhérences s'étaient faites avec la face inférieure du corps de la vésicule biliaire, adhérences qui ont été secondaires d'ailleurs à la perforation, comme le prouve malheureusement trop bien l'histoire clinique.

Il s'agit donc ici d'une perforation de l'estomac et les caractères de cette perforation prouvent nettement qu'il s'agit d'un ulcère simple.

Observation XLV. — Schuchardt. Obs. I. *Archiv. fur klin. chir.*, t. 50, p. 615. — *Ulcère latent. Perforation, péritonite, mort 14 jours après la perforation.* — F..., 21 ans, servante. Toujours bien portante. Il y a quinze jours, défaillance subite, sans suites. Il y a huit jours brusquement, doul. intense de l'abdomen, fièvre dans ces derniers jours. Ce n'est qu'après l'opération que la malade, dans un interrogatoire pressant, dit

avoir eu quelquefois des douleurs dans la région gastrique. Jamais ni hématémèse, ni vomiss.

Examen le 27. Face congest., prostration, herpès de la lèvre infér., langue épaisse et sale. Constipation depuis plusieurs jours.

29. Après lavem. glycér., selle brun-verdâtre. Haleine fétide déjà remarquée par ses patrons ; aurait eu plusieurs vomiss. avant son entrée ; ici n'en a eu qu'un. Ballonnement régulier du ventre. Partout grande sensibilité à palpation, surtout sous côtes gauches et à l'épigastre ; moins marquée dans le bas-ventre. T. 39°5. Après traitement opiacé, l'état général s'améliore, la sensibilité et le météorisme diminuent, de telle façon qu'on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'une suppuration péri-appendiculaire. Rien au toucher vaginal ou rectal. La fièvre ne baissant pas et la malade semblant moins bien, sans cependant modification des symptômes, on se décide à intervenir, d'autant que le 1er janv. on constate une légère voussure épigastrique, donnant un peu de matité. Le météorisme empêche de trouver les limites de la matité hépatique, qui n'est sûrement pas diminuée.

Opération. Ponction à une main au-dessus de l'app. xyphoïde qui donne un pus fétide, clair, puis foncé. On aperçoit le lobe gauche du foie augm. de volum. recouv. de f. membranes épaisses et fraîches, et qui paraît adhérent à la paroi abdom. antér.

Le diagnostic de la cause de la péritonite n'ay. pas été fait cliniquement, et comme on n'avait pas rejeté la possibilité d'une péritonite localisée par suite d'un *abcès de foie*, j'ai pris garde de ne pas, par l'intervention, *déchirer des adhérences*, de peur de généraliser la péritonite.

Par suite de l'état sérieux scepticémique de la malade, qui, dans les derniers temps, avait encore montré au bras gauche un exanthème hémorragique pouvant faire penser à une embolie septique, et par suite de l'absence de signes cliniques certains indiquant la source de l'infection, il me parut rationnel

d'attendre l'effet de cette intervention, et de ne pas poursuivre les recherches.

A la suite, dimin. des douleurs et du ballonnement ; mais, la fièvre persistant, et les forces déclinant, je décide une nouvelle intervention 2 jours plus tard, le 3 déc. — On constate que l'enduit fibrineux de la surface hépatique a complètement disparu. Comme il semble que le lobe est un peu mou, on fait une ponction et une incision exploratrice sans résultat.

Prolongeant l'incision en haut, on constate le foie uniformément augm. de volume, la vésicule normale. On soulève le foie qui présente à sa face infér. un exsudat. Entre le foie et l'estomac, après rupture de quelques adhérences nouvelles, il sort une grande quantité de pus d'*odeur acide* : on ne pouvait donc plus douter d'une perfor. de l'E. ; et je trouvai bientôt, sur la face antér. de l'E., dans le voisinage de la petite courbure, à 3 travers de doigt à gauche de la ligne médiane, une perforation arrondie, du diam. d'un pois.

15 à 20 sutures séro-séreuses.

Mort 18 h. après l'opération.

Aut., E. : Sur la paroi antér., ulcère du diamètre de 5 pf., tout près de pet. courb., à 6 cent. du cardia. La portion de la cavité abdom. sous le colon transverse et le bassin ne contiennent aucun pus, et le péritoine en est normal.

Observation XLVI. — Schuchardt. IIe obs. — *Ulcère latent. Perfor., périto., opér. 4 jours après le début. Guérison.* — F. 16., servante. Prise le 10 déc. 1895 subitement de douleur abdominale, constipation, aucun vomissement.

Arrive le 12 à l'hôpital ; elle ne fait mention d'aucun antécédent patholog. ; mais, après coup, une de ses compagnes prétend que la malade se plaignait de temps en temps de l'estomac depuis le mois d'octobre.

Le 12 : Assez bon état. Facies rouge, angoissé. T. 39°3. Ventre un peu ballonné dans son ensemble, et partout très sensible à la palpation. Matité hépat. normale. Pas de matité

dans les flancs. P. 132, bien frappé. Rien aux organes génitaux. Opium ; lav. glycér. sans succès.

13. Selle légère, après lav., Etat toujours alarmant. Langue blanchâtre et humide.

14. Après l'opium, la sensibilité abdom. diminue, surtout dans la portion infér. Ventre est moins tendu. Toujours pas de matité. Cependant, il semble qu'il existe entre l'append-xyph. et l'ombilic une certaine résistance que le météorisme. empêche d'examiner sérieusement.

Opération le 14. A l'ouvert., issue d'une certaine quant. de gaz ; pus assez abondant, à odeur fécaloïde. Foie uni à face ant. de l'E. par adhérences jeunes. Par suite de l'*odeur fécaloïde,* on écarte l'estomac comme cause de la perfor., bien que les adhérences entre le foie et l'E. eûssent dû y faire songer.

On examine le colon et l'intestin grêle, on constate que la portion inf. de la cavité péritonéale est absolument saine. On examine enfin l'estomac, on trouve une perfor. sur la paroi antér., d'un pois, donnant issue au contenu gastrique, fécaloïde. La paroi avoisinant la perfor. semble indurée sur une étendue de 10 centim.

Suites. La fréquence du pouls diminue immédiatement après l'opération...

Une selle 2 jours après l'opération. Puis phénomènes qui rappellent l'abcès sous-prénique. Ponctions négatives. Enfin guérison. Alimentation, fut nourrie par la bouche dès l'opération (bouillon, potage d'avoine).

Remarques. On ne peut compter sur l'anamnèse pour le diagnostic : les 2 malades *ignoraient* qu'elles souffraient de l'estomac, et ce ne fut qu'après l'opération que nous pûmes en tirer ce renseignement qu'elles souffraient de temps en temps de douleurs gastriques....

Dans aucun des cas, il n'y eut disparition de la matité hépatique malgré la présence de gaz dans l'abdomen pour la 2e obs.

Dans la 1re, des signes de *suppuration* intense obscurcirent encore le diagnostic...

L'opération eut lieu, pour la 1er cas, 13 jours après le début de la perfor., pour le 2e, 4 jours après, Dans les 2 cas, la péritonite n'intéressait que la partie située entre le diaphragme et le colon transverse...

Dans plusieurs cas de péritonite, j'ai pu diagnostiquer une perfor. de l'E., par suite de l'odeur *acide* (sauer) du liquide. Il en fut ainsi dans le 1er cas, dans le 2e, l'odeur était fécaloïde. ce qui peut être dû aux efforts de vomissements ayant fait refluer le contenu instest. dans l'E., ce qui donnait l'odeur fécaloïde.

Obs. XLVII. — Thomson, *Lancet*, 1896, t. II, p. 13. *Perfor. d'un u. méconnu. Opér. 24 h. après le début. Guérison.* H. 41, facteur étylique. Toujours fort et bien portant, avait eu, 5 ou 6 mois avant son entrée, un peu de douleur après le repas ; depuis 2 mois, plusieurs fois digestion un peu pénible ; une fois, légère douleur et vomiss. ; jamais d'hématémèse ou de melanea.

Le 24 fév. 1896. A 10 h. soir, après souper, souffre beaucoup, plus encore après minuit ; un vomiss. acide.

Le 25, à 11 h. 30 matin, en délivrant ses lettres, est pris soudain d'une douleur violente à l'ombilic. Un docteur constate une douleur violente, et des vomiss. verdâtres. Envoyé à l'hôp. avec diagnostic *d'occlusion intestinale.*

Examiné à l'hôpital le 26, à 11 h. matin, semble très mal ; douleur moins marquée, ventre un peu distendu, pas de respir. abdomin. Douleur et tension surtout marquées à ombilic. Matité hépat. normale. P. 85. T. 97,4. Resp. 50.

Diagnostic : *perf. d'ulc. de l'E.*, ou *appendicite aiguë.*

Sous le chloroforme, la rigidité générale *disparut*, et nous pûmes distinctement nous rendre compte que la plénitude et la résistance étaient plus grandes près de l'ombilic.

Opér. 24 h. après la perfor. ; gaz dans l'abdomen ; liq. jaunâtre, avec fragments d'œufs et lait. Ce liq. venait par saccades synchrones à la respiration... on reconnut une perfor-

circul. à la face antér. de l'E., plus près de la petite courbure, et du cardia, comme une pièce de 3 pence. On évacue le contenu de l'E. à l'aide d'une *sonde œsophagienne* ; l'ulcère fut invaginé.

Lendemain, très bien ; au 3e jour, on lui donne du lait peptonisé et du whisky par la bouche.

4 mois après l'opér. continue à aller bien.

Rein. Le diagnostic hésitant a pu être aidé ici par la localisation prédominante des signes autour de l'ombilic, surtout *sous chloroforme*.

Obs. XLVIII. — Par MM. Diriat et Appert. *Soc. anatom.*, avril 1896, p. 297. *Ulcère latent de l'estomac, péritonite laparotomie. mort 36 h. après le début.* — F., 20, femme de chambre chez une cliente de M. Dieulafoy, qui constata lui même qu'elle avait toujours joui d'une excellente santé, qu'elle n'avait jamais eu aucune difficulté de digestion. Jamais. de vomiss., ni d'hématém., ni de douleurs stomacales vives ; en un mot, elle était en parfaite santé,et le jour où la perforation éclata, elle avait fait pour sa maîtresse de longues courses dans Paris, elle avait bien déjeuné et bien dîné.

Une heure ou deux après dîner, elle ressentit brusquement une douleur atroce au creux de l'estomac ; elle se mit à pousser des cris perçants et se tordait de douleurs à tel point que dans l'entourage on pensa qu'elle était atteinte d'une crise d'hystérie ; mais c'est en vain qu'on cherchait à la soulager ; elle continua à souffrir toute la nuit, et c'est seulement vers le matin que la douleur s'atténua, mais en s'étendant à tout l'abdomen.

Au matin, M. Dieulafoy vit la malade dans l'état suivant : abdomen sensible au moindre contact plutôt que ballonné, sans tumeur perceptible, ni zone de matité, pouls fréquent sans aucun autre signe morbide, ni vomissements, ni hoquets, la malade était allée à la selle l'avant-veille. Quoique l'état général parût bon, et qu'en particulier la malade n'eût pas du

tout le facies péritonéal, M. Dieulafoy pensa qu'il existait une péritonite généralisée dont la cause échappait et il conseilla le transport immédiat à l'hôpital en vue d'une opération.

A l'arrivée à l'hôpital, même état local, p. 120, t. 38°4. La parotomie sous-ombilicale, par le Dr Faure. Dès l'ouverture du péritoine, flot de liquide jaunâtre. Intestins rouges, congestionnés, présentant par place des fausses membranes crémeuses de formation récente.

Appendice ovaires et trompes étaient sains par l'exploration avec les mains ; chaque exploration faisait sortir du ventre du liquide jaunâtre qui venait de haut. M. Faure se disposait donc à prolonger l'incision vers l'épigastre, mais le mauvais état général de la malade dont le pouls et la respiration s'affaiblissaient d'une façon inquiétante, lui fit terminer l'intervention le plus vite possible.

Mort le lendemain matin à 9 heures (36 h. environ après le début).

Aut. Lésions de péritonite généralisée récente, *plus marquées vers la partie sup.* de l'abdomen : appendice, ovaires, trompes, utérus sains ; pas de perfor. intestinales.

E. Profondément cachée sous la face inférieure du foie, perforation de la paroi antérieure. Sur la face postérieure, une autre perforation adhérente au pancréas par de fausses membranes qui se laissèrent facilement déchirer.

Pancréas, foie, rate, organes thoraciques absolument sains. En un mot aucune lésion nulle part.

Ces perforations de l'E. furent causées par des ulcères absolument *symétriques*, elles ont même forme (ronde), même grandeur que celle d'une pièce de 0 fr. 50 et se correspondent exactement d'une face à l'autre de l'estomac, situées qu'elles sont à 1 cm. 1/2 de la petite courbure, à égale distance du pylore et du cardia, cette correspondance est si parfaite que lorsqu'on tient l'estomac suspendu devant soi en prenant entre le pouce et l'index de chaque main d'une part, le pylore, de l'autre le cardia, on voit les bords des deux perfor. coïncider si

bien que c'est à peine si le contour d'une des perfor. empiète sur le contour de l'autre.

Il y a entre elles contact parfait, on croirait qu'elles ont été pratiquées du même coup à l'emporte-pièce et la première idée qui vient à l'esprit, à la vue de cette pièce, est celle d'une blessure par balle qui aurait perforé du même coup les deux parois opposées.

Les ulcères qui ont causé ces perfor., pris chacun séparément, n'offrent rien de particulier : l'antérieur absolument circulaire ne présente sur ses bords aucune trace d'inflammation, ni de la séreuse, ni de la muqueuse, ses bords sont taillés en deux gradins, l'un répondant à la musculo-séreuse, l'autre en retrait de quelques millimètres répondant à la muqueuse. L'ulcère post. ne présente pas de gradins, ses bords sont taillés à pic de la muqueuse à la séreuse, en sorte que l'étendue de la perfor. est de même dimension que l'étendue de l'ulcère lui-même. Autour de la perfor. le péritoine est dépoli, il commençait à se former en cet endroit des adhérences de l'estomac aux parties voisines.

Rem. Pas le moindre symptôme morbide jusqu'à la perforation.

Obs. XLIX. Leblanc. *Thèse*, Paris, 1896, p. 51. *Ulc. latent. Perfor. et mort en moins de 24 h.* — F., 25, célibat., domestique, n'a jamais souffert de l'E., a toujours joui d'une très bonne santé, sauf quelques légers malaises au ses au moment des époques, qui sont très régulières. Jamais d'hématém.

Le 11 oct. 1892, se portait fort bien, et a travaillé toute la journée.

Le 12, à 7 h. matin, prise de vives doul. dans l'estomac, après avoir absorbé un bol de café au lait. Presque immédiatement, vomiss. et doul. de plus en plus intenses. Est amenée à l'hôp. général de Tours à 11 h. matin.

Examen : Visage pâle, terreux, face grippée, yeux excavés.

P. petit, misérable. T. 37° 8. Sueurs abondantes sur tout le corps. Les vomiss. bilieux continuent : la douleur est toujours très vive. surtout à la région épigastrique, et à la pression. Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté.

Lav. glycériné. Courte accalmie, puis doul. plus violentes. Les vomiss. continuent, ne peut rien garder. L'affaibliss. fait de rapides progrès ; la face devient livide. la respir. saccadée, et elle meurt subitement.

Aut. : Gaz en quantité considérable qui s'échappent avec bruit, et odeur fétide. Intestin normal. Colon très distendu, pas de péritonite.

E. : Perfor. à la face postér., sur la petite courbure, près du pylore. Sur la face péritonéale, la perfor. est circulaire, 0,50 cent., taillée à l'emporte-pièces. Sur la face muqueuse, elle est circul. et disposée en gradins. L'ulcère a le diamètre d'une pièce de 2 francs. Autres organes sains.

Obs. L. Morély. *Soc. anatom.*, déc. 1897, p. 904. *U. latent. Perfor. puis péritonite généralisée. Diagn. : colique néphrétique, puis occlusion intestinale. Mort au 8e jour.* — F..., 23. Antéc. héréditaires et personnels excellents. Constitution robuste ; toujours parfaite santé. Réglée tôt et régulièrement. *Jamais de troubles gastriques.* soit vomis., soit douleur ; digestions normales, aspect florissant.

Le 19 nov, au matin, prise sans cause appréciable, d'une doul. assez vive dans l'hypoch. gauche. Cette douleur n'était pas intolérable. Ce fut seulement sa persistance qui détermina la malade à faire venir un médecin. Celui-ci diagnostiqua : *colique néphrétique*, et ordonna une potion. Après l'absorption de cette potion, les douleurs deviennent intenses et diffuses, tellement que la malade, surprise par la violence des doul. qui suivirent l'ingestion du médicament, crut à une erreur du médecin et n'hésita pas à mettre tout le mal sur le compte de celui-ci. Elle eut un peu de fièvre (?) ; le lendemain, potion morphinée. — Pendant 4 jours, la malade accuse de vives coliques, lui

fais pousser des cris, le ventre devient dur et ballonné. Pas d'émission de gaz ; constipation absolue. Devant la persistance de ces phén., elle se décide à entrer à Saint-Antoine le 23 nov., à 4 h. soir. On constate que le ventre est ballonné, très doul. à la pression dans toute son étendue. La fosse iliaque droite, explorée avec soin, ne révèle rien d'anormal. Aussi le diagn. d'appendicite est-il écarté immédiatement. La malade paraît souffrir beaucoup. Interrogée sur la nature de ses douleurs, qui surv. sous forme de paroxysmes, elle les compare à des tranchées utérines. La percus. du ventre décèle un tympanisme absoluet généralisé, 39°3. Pouls 100, plein et fort. L'état général est excellent, la malade *ne vomit pas et n'a jamais vomi*. Un peu de nausées et hoquet. Visage rouge mais non abattu, traits non tirés. Langue non saburrale. La malade n'ayant pas uriné depuis la veille, cathétérisme qui donne 400 gr. d'urine. Les touchers rectal et vaginal ne donnent que des renseignements négatifs. En présence de ces phénomènes, étant donnée l'absence totale de vomis., de troubles réflexes, étant donné l'état général réellement satisfaisant de la malade, on porte le diagnostic *d'occlusion intestinale*.

Le chirurgien de garde voit la malade à 9 h. du soir et ne croit pas une intervention immédiate nécessaire.

24. — MM. Galliard et Monod voient la malade le matin, et pensent à une *occlusion* plutôt qu'à une péritonite. D'ailleurs, l'état de la malade est toujours le même : physionomie bonne, pouls fort et vibrant, elle n'a émis ni selle ni gaz ; 38°5.

On décide de lui faire des lavements électriques ; on en fait un à 3 h., sans résultat. M. Monod revoit la malade à 5 h. soir, et remarquant que l'hyperthermie s'est maintenue depuis la veille, déclare possible l'existence d'une péritonite.

Laparotomie pratiquée aussitôt. Anses intestinales un peu rouges et distendues. Dès que la main est introduite dans le petit bassin, un flot de pus jaillit, verdâtre, abondant, très fétide. Ne trouvant rien du côté des organes génitaux et de l'appendice, ayant l'espérance d'une péritonite circonscrite,

considérant enfin que la maladie semblait s'être caractérisée au début par des doul. siégeant à gauche, on fait une incision dans la fossse iliaque gauche, on draine et referme l'abdomen.

26. — Evacuation très abondante de liquide séro-purulent par les 2 incisions. Agitation extrême. Pouls petit et rapide.

27. — Mort.

Aut. Péritonite généralisée. U. typique de la face antérieure de l'E., de dimension égale à 50 cent., avec perfor. Anses intest. rouges, agglut. entre elles, limitant de nombreuses cavités remplies de pus. La face antér. de l'E. adhère à la face inf. du foie, limite avec le foie et le diaphragme une vaste cavité remplie de liquide séro-purulent.

Remarques (Morély). Le peu d'acuité de la douleur au début, symptomatique de la perforation, l'absence totale de vomissements, l'arrêt absolu des matières et des gaz, l'état général très satisfaisant de la malade, tout. *sauf la fièvre*, militait en faveur de l'*occlusion intestinale*. D'où l'importance de la fièvre, pour penser plutôt, en cas de doute, à la péritonite.

Obs. LI — Héresco et Claisse. *Soc. anat.*, janv. 1897, p. 32, et J.-L. Faure. *Sem. méd.*, 1901, p. 25.) — *U. latent de l'E. Perfor. Péritonite suraiguë. Mort.* H., 28 ans. Toujours bien portant ; n'avait jamais souffert de son ventre. Le 27 déc., entre à l'hôp. Laënnec. Deux jours avant, en voulant monter un escalier, un panier au bras, il avait été pris tout à coup, en voulant saisir le bouton de laporte, d'une douleur violente dans l'abdomen qui s'était irradiée partout, jusque dans l'épaule gauche où elle était extrêmement vive. Jamais d'hématémèse. Un seul vomiss. la veille de son entrée. Yeux excavés, langue chargée, sueurs froides. Extrémités cyanosées et froides. Respir. gênée. 38°. Pas de pouls radial, mais le pouls fémoral donne 128 P. par minute. Abdomen gros, distendu, très doul. à la moindre pression ; on ne trouve aucun maxim. de douleur, même dans la fosse iliaque droite. Le

malade souffre de partout. Pas de matité, sauf dans les parties déclives.

Diag. (Dr Faure) : *péritonite par perfor.* sans pouvoir déterminer l'endroit de la perfor.

Laparotomie. Ecoulement de liq. abondant, louche, sale ; bientôt le liq. s'épaissit et « le petit bassin apparut, rempli de pus véritable qui paraissait venir en plus grande abondance de la rég. iliaque droite, ce qui me fit penser à une *appendicite.* » (Faure). Large drainage. — Mort 5 h. après.

Aut. Péritonite généralisée. E. : U. rond avec perforation circulaire de 8 mill. de diamètre sur la face antér., près de la partie moyenne de la petite courbure.

Remarques. Par le palper, il fut impossible de déterminer un point plus douloureux que l'autre. A noter la *douleur dans l'épaule gauche*

Obs LII. — (Bégouin. *Journ. de méd.* de Bordeaux, 1897., 24 janv., p. 45.) *Ulcère latent de l'E. Double perfor. Péritonite généralisée, mort 35 h. après le début des accidents.*— J. F..., 16 ans, tailleuse ; depuis quelques mois présentait des signes de chlorose avec doul. gastriques assez vives ; vomissait presque tous les jours après son repas de midi, mais seulement une partie de ses aliments. Jamais n'avait vomi de sang, jamais n'en avait rendu dans ses selles. Aussi n'avait-on pas cru à une maladie sérieuse, et la jeune fille avait continué à travailler.

Le 29 déc. elle avait déjeuné à midi, comme d'habitude, elle était entrée à l'atelier sans rien éprouver d'anormal, quand tout à coup, vers les 3 h., elle ressentit une vive douleur dans l'hypoch. gauche, en même temps qu'elle défaillait presque. On appelle le médecin le lendemain matin seulement. Le Dr Davezac trouva la malade très gravement atteinte, et la fit transporter immédiatement à l'hôpital St-André, dans le service du Dr Demons.

Examen à l'arrivée : pâle, yeux excavés, nez effilé. P. petit,

144. Respiration longue, difficile, arrachant des plaintes tant elle est douloureuse. Ventre dur, tendu, douloureux, à peine ballonné ; ni gaz, ni selles depuis le début ; pas d'urine dans la vessie, pas de miction depuis la veille. Avait rendu 2 fois, au début, la tisane dont on la gorgeait, mais pas de véritables vomissements.

Diagnostic : péritonite suraiguë par perforation de l'estomac, probablement atteint d'ulcère.

Laparatomie sus-omb. 21 h. après le début. flot de liquide analogue à du bouillon sale ; fausses membranes molles recouvr. les anses intestinales : on va rapidement à la recherche de l'estomac, qui est facile à trouver, car il est *distendu*, si bien qu'on pourrait croire qu'il n'est pas perforé. Mais, tout à coup, on voit sortir un jet de liquide de sa partie supérieure : on amène cet orifice au milieu du champ opératoire.

On voit alors à la partie la plus élevée de la face antérieure, près du cardia, un orifice à bords irrégulieurs, épais, entouré d'un tissu épaissi, recouvert de f. membranes toutes récentes.

Fermeture par adossement de séreuse à séreuse.

Après l'op., la malade reste pâle, pouls filiformes. Inj. de 500 gr. de sérum. Mort à minuit, 12 h. après l'opér.. 34 h. après le début des accidents péritonéaux.

Aut. Signes de péritonite généralisée ; dans le péritoine, 1/2 litre de liq. analogue à du bouillon sale. Péricade, cœur, poumon, plène, reins, appendice, sont sains.

E. La suture avait bien tenu ; mais, sur la partie la plus élevée de la face postér., dans un point situé *juste en face* de la perfor. antér., il existe une autre perfor. arrondie, de la dimension d'une pièce de 0,50 ; bords minces, souples, comme taillés à l'emporte-pièce. Autour d'elle, aucun épaississement, aucune induration, à la différ. de ce qui existe autour de l'ulcératton de la face antér.

La perforation postér. avec ses bords nets, semble déjà vieille, et ne paraît pas pouvoir être dûe aux tiraillements exercés sur l'E. pendant l'opération.

Cette observation est intéressante, en dehors de la double perforation : grâce à la *hauteur* de l'ulcération, l'E. était plein de liquide pendant l'opération, ce qui aurait pu faire croire à l'absence de perforation.

Obs. LIII. Kirkpatrick. *Practitionner*, 1897, t. 59, p. 158. *U. latent ; perfor. ; opér. 4 h. après le début des accidents ; guérison.* — F. 20. Autrich. Depuis quelques semaines, appétit assez capricieux, et santé générale moins bonne que d'habitude ; mais ne s'était jamais plainte de rien.

Le 3 mars, prise soudain, à 11 h. matin, d'une douleur intense à l'épigastre, suivie de défaillance, mais sans perte de connaissance.

Examen 2 h. plus tard, pâleur collapsus. Ventre d'une sensibilité extrême, avec maximum à l'épigastre, un peu à gauche de la ligne médiane. Pas de vomissem., matité hépatique normale. — Opérée à l'hôpital à 3 h. : gaz, matières alimentaires, perfor. du diamètre d'une pièce de 3 pences sur la face antér., à 4 inches (10 centim.) du cardia, et près de la petite courbure ; *correspond avec le point maximum de la sensibilité...* sutures... durée 1 h. Terminée 4 h. après le début.

La nourriture gastrique est reprise 24 h. après, avec du lait et du tilleul. Guérison.

Rein. Le diagnostic fut basé sur la soudaineté de l'attaque, la sensibilité abdominale, avec son point maximum à l'épigastre ; ces signes donnèrent de l'importance aux troubles si légers et si vagues de l'estomac et de la santé générale ; tout ceci, joint au collapsus, devait faire nécessairement penser à une perfor. de l'E.

Obs. LIV. Collingwood Fenwick. *Lancet*, II, 1898, p. 388. *U. rond latent, déterm. une perforation du péricarde.* — Ho. 55. *Jamais aucun signe d'une affection de l'E.* (douleur après repas, vomiss., etc.), est pris après le repas de pal-

pitations et de doul. épigastriques. Il se lève de table, fait quelques pas, puis s'asseoit et meurt en moins d'une minute.

Aut. Péricarde : contient des aliments provenant du dernier repas. A la face infér. du péric. est une petite ouverture par laquelle on fait pénétrer une forte sonde, à travers le diaphragme, dans la cavité abdomin.

E. La surface ant. adhérait au diaphragme, et on trouve, en ouvrant l'E., un U. chronique de la dimension d'une pièce de 1 franc, avec bords indurés, et situé vers le centre de la petite courbure. De la base de l'U. partait un trajet fistuleux qui aboutissait dans le péricarde.

Cœur gros, valv. normales. Autres organes sains.

Rem. : rareté de la perfor. du péricarde par un U. de l'E. ; mort survenant sans aucun symptôme de maladie de l'E.

Dans 28 cas de *perforation du diaphragme* par U. de l'E., 10 seuls avaient perforé le péricarde : Ludwig Pick, *Zeitschrift fur Klinische medicin*, vol. XXVI. p. 473.

L'observation de Guttmann (nº 25) est particulièrement à rapprocher de celle-ci.

Obs. LV. — Auffray, *thèse*, Paris, 1898, p. 41. *U. latent. Perfor., périton. Mort.* — F.., 38. Toujours bien portante (sauf rougeole dans l'enfance). Bon appétit ; selles régulières ; bien réglée.

Le 3 févr. 1896, en faisant un léger effort, ressent tout à coup, sous les fausses côtes du côté gauche, une doul. extrêmement violente, et tombe à terre ; rien ne peut la calmer. Dans la nuit, 2 ou 3 vomissements bilieux qui n'ont pas reparu.

4. Douleur très vive, surtout au niveau de l'estomac.

5. Entre à l'hôp. du Havre, avec les sympt. suivants : Ventre excessiv. ballonné, très doul., surtout au dessus de l'ombilic, où la moindre pression arrache des cris. Matité hépatique disparue. T. 37º9. Facies grippé. — Mort dans la nuit.

Au. Péritonite. Perforation consécutive à un ulcère ; siège sur la face antér., près du cardia.

Obs. LVI. — Page, Lancet, 1898, I, p. 930. *U. latent. 2 perfor. Opération 3 heures après le début des accid. Guér.* — F..., 22. N'a jamais présenté le moindre phén. gastrique, mais souffrait d'anémie. — Le 7 janv., à 4 h. 30 du soir, prend un thé très abondant. à 6 h. 15 va voir une voisine qui demeure à 100 yards, à 6 h. 30 prise d'une doul. de ventre intense et de vomiss. Un médecin la voit à 7 h. 30. Il constate la douleur, sa violence, et les vomiss., qui ne contiennent pas de sang. Ventre non distendu, matité hépatique normale. Pas de collapsus. Trait. : repos, diète, opiacés. — Une heure plus tard, la doul. violente persiste toujours, l'abdomen est plus tendu, la matité hépatique a disparu. On envoie la malade à l'hôpital où elle arrive *3 h.* après le début des accidents.

Laparotomie, qui donne issue à une grande quantité de gaz, et à un liq. contenant des gr. de raisin et de groseilles. Sur la face antér. de l'E., on trouve une perforation du diam. d'une pièce de 6 pence. A 2 cent. 1/2 de cette ouverture se trouve une tache noire bleuâtre de la taille d'une 1/2 couronne, couverte d'un exsudat fibrineux, au centre de laquelle se trouve une ouverture comme un trou d'épingle, et par où s'échappent des gaz. Suture des 2 perforations.

Après l'opér., T. 98°3, P. 128. Vomiss. 3 ou 4 h. après ; se plaint de grandes douleurs. Grande agitation calmée par l'opium. Guérison. Bien portante plusieurs mois après.

Hawkins, rapporte le cas d'une F. jeune, ayant un U. de l'E. latent, qui présenta soudain de brusques signes de perforation. Opération, guérison.

Obs. LVII. — Benham. (Lancet 1898, 2, p. 1477). *U. latent. Perfor. mort.* — F., 40, vigoureuse, tombe brusquement malade, avec doul. abdom. intense, et diarrhée, mieux pendant quelque temps, puis retombe de nouveau. Les matières contiennent du mucus et du pus.

Aut. U de la face *postér.* de l'E. avec perfor. du diamètre d'1 shilling.

Obs. LVIII. Symonds. (Lancet, 1893, p. 1478). *U. méconnu. Perf. mort.* — F., 60, souffrait depuis 25 ans de signes très nets de *calculs biliaires* (gall stones). De plus, signes d'obstruction pylorique et de dilatation de l'E. On trouve un estomac très dilaté, avec masse épaissie appartenant à la face postérieure, et divisant l'E. en 2 parties.

Diagnostic : *Cancer de l'E.* Brusquement, est prise de violentes douleurs, et meurt soudain 5 jours après.

Aut. L'E. est rempli de sang venant d'un vieil ulcère de l'E., la masse épaissie était le bord hypertrophié. Sur la face *postér.* de l'E. était une ouverture de 4 inches de large, conduisant dans une grande cavité.

Obs. LIX. Buchanan et Thelwall Thomas (Lancet, 1898, 27 fév., I. p. 579). *U. méconnu. Perfor. et péritonite localisée. Opér. Guérison* — J. F. anémique, fut soudain saisie de viol. doul. abdom. pour lesquelles elle entre à l'hôpital. Le diagnostic fut d'abord incertain.

L'élévation constante de la température et une leucocytose marquée firent penser à la possibilité d'une *fièvre typhoïde.*

L'évolution de la maladie, cependant, révéla une péritonite locale, que l'on pensa être due probablement à la perfor. d'un ulcère de l'E.

Opération le 12e jour de la maladie. L'estomac et le foie étaient adhérents à la paroi abdomi. et, en séparant ces adhérences, un abcès localisé fut ouvert, et une perfor. de l'E. fut aperçue. On essaya en vain de suturer celle-ci, et on se borna finalement à tamponner avec de la gaze.

Convalescence prolongée, suivie de guérison.

Obs. LX. — Craigie Mondy. (Lancet, 1899. t. 2, p. 489). *U. lat. E. Perfor. mort. Dic : gastrite aiguë.* — H., 42. Le 13

juillet, après son repas de midi, est pris subitement d'une viol. douleur à l'épigatre ; pour se soulager, se force à vomir. Les vomissem. ne contiennent que des aliments. Abdomen très sensible, surtout à l'épiga. mais non distendu.

P. bon 94. T. 101°2 F. selle la veille. Jamais constipé.

Est pris 2 ou 3 fois devant le médecin de crises doulour., celui-ci suppose une *gastrite aiguë*. Ordonne bica soude, bismuth, opium ; une légère rémission (opium ?) puis soudain les douleurs reprennent avec violence. Le malade dit qu'il se sent « comme plein de gaz qu'il ne peut expulser, croit qu'il serait de suite soulagé si on lui ouvrait les intestins ». Puis tombe subitement dans le coma et meurt en 1/4 heure.

Aut. Liquide louche dans lequel baigne les anses intest.

E. sur face ant. se trouve une Perfor. de 1cm. sur 1/2cm. à bords lisses, et épaissis de 2 cm 1/2 environ.

Obs. LXI. — Croisier. *Soc. Anato.*, mai 1899, p. 431. *U. latent. Perfor. Diagn.* : *Péritonite par perforation d'appendice. Mort 43 heures après le début.* — F., 23. Toujours d'une très bonne santé ; mange et digère bien, sans aucun accident stomacal, sans avoir jamais présenté de vomiss. pouvant faire songer à une affection de l'E. Pas d'enfants, pas de fausse couche. Dernières règles le 12 avril ; une fois, une douleur peu intense et passagère, il y a quelques mois, dans le côté droit du ventre.

Le 17 avril, à 10 h. matin, prise brusq. de viol. douleurs abdom. Ces doul. sont extrêmement intenses, avec tendances syncopales, et surtout accusées dans le côté gauche de l'abdomen. Elles s'irradient à l'*épaule gauche* et même au *bras gauche*. Puis, bientôt, se généralisent à tout l'abdomen. A 4 reprises différentes, vomiss. jaune verdâtre, ni garde-robes ni gaz.

Conduite à la Charité le 18, à 1 heure matin.

A l'examen on constate : A la palpation, ventre légèr. tendu et doul. dans toute son étendue. mais princip. dans la *fosse*

iliaque droite. A ce niveau, la moindre pression éveille une douleur viol. qui fait songer à l'appendicite. De plus, les plans muscul. de ce côté sont contractés et semblent se mettre sur la défensive à la moindre tentative de palpation. Cela n'existe pas à gauche. A la perc., l'abdomen est sonore, sauf dans les points les plus déclives des fosses iliaques. A droite, la matité est plus étendue qu'à gauche, et *domine au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite*. Au toucher : culs-de-sacs aussi profonds que normalement, mais douloureux, surtout à droite. Etat général fortement déprimé. Facies pâle, bouche sèche, soif intense. 37° 5. Pouls 138.

Diagn. : Péritonite très probablement généralisée, à point de départ et maxim. à droite. La cause en est très probablement un *appendice perforé* (d'après le siège de la douleur à la pression, la contracture muscul. défensive, localisée à droite).

18 avril. On pratique un nouvel examen, qui confirme les signes précédents. Pas de vomiss. depuis son entrée. Pas de selles. Glace sur l'abdomen, depuis son entrée. Opération le matin par le docteur Mauclaire : Incision à droite, à 2 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, on trouve un liq. purulent avec fausses membranes en grande abondance. Petit bassin rempli de pus et fausses membranes. 2e incision médiane sous-ombilicale. Flot de pus. 3e incision dans fosse iliaque gauche. Pus.

A 5 h. soir, 38° ; P. 168. A 6 h., nausées, puis vomiss. de mat. noirâtres qui ne font qu'augmenter pendant toute la nuit.

Le 19, à 5 h. matin : brusquement, la malade rend un flot de sang rouge et meurt immédiatement.

Aut. : Grande quantité de pus dans la cavité péritonéale.

E. : Perfor. à l'emporte-pièces sur la face ant. à égale distance de petite et grande courbure, un peu plus près de région pylorique que de grosse tubérosité. Dimensions comparables à celles d'une pièce de 20 centimes. Entourée d'adhérences qui commençaient à se former.

Vue intérieurement, ses bords sont taillés en marche d'esca-

lier, suivant le mode classique de l'ulcère rond. Sur le bord, un vaisseau de très petit calibre a sans doute fourni le sang vomi par la malade pendant la nuit et au moment de sa mort.

Rem. Les sympt. physiques : douleur à la pression, matité, défense musc., attiraient l'attention sur la fosse iliaque droite et faisaient plutôt songer à l'*appendicite*. Aucun sympt. d'une autre affection, sauf peut-être la douleur perçue dès le début, dans le flanc gauche et dans l'épaule gauche.

Obs. LXII. Cornil. *Soc. Anat.*, mai 1899, p. 434. *Deux cas d'U. latent suivis de perforation.* — Rappelle à propos de l'observation précédente (Croisier), les cas où la perfor. de l'ulcère de l'E. se produit avant que tout phénomène clinique ait pu attirer l'attention du côté de l'E. Il en a observé 2 cas dans la même semaine, il y a 10 ans. L'un d'eux fut pris brusquement de l'Hôtel-Dieu, et mourut dès son entrée. On trouva une grande perforation gastrique qui avait livré passage au contenu de l'E., vin et aliments, répandus dans le péritoine.

Obs. LXIII. — Laubry. *Soc. Anat.*, Déc. 1899, p. 1075. *Ulcère latent. Perfor. méconnue. Pyopneumothorax sous phrénique droit. Diagnostic hésitant entre pleurésie à gros épanchement et hydropneumothorax. Mort 22 h. après le début des accidents.* — F. 18. *Toujours bien portante* ; n'a jamais toussé, ni maigri. ni craché le sang ; souffre seulement d'un léger malaise depuis 8 jours (perte d'appétit, courbature, faiblesse) ne l'empêchant pas de vaquer à ses occupations.

Le 16 déc., à 5 h. soir, prise d'un point de côté violent à droite, d'une espèce de déchirement à la suite duquel elle a presque perdu connnaissance. C'est depuis ce moment précis (la malade est très affirmative) qu'elle étouffe.

Entre le 17, à 1 h. soir à la Charité. Elle est en proie à une dyspnée intense et offre le tableau de l'asphyxie aiguë : facies et lèvres violacées, battements rapides des ailes du nez, extrémités froides, pouls petit et rapide. Intelli. lucide, mais parole

très pénible, réponses entrecoupées d'accès de dyspnée intenses.

On constate une voussure énorme du thorax à droite, en avant et en arrière, avec effacement et même saillie des espaces intercostaux. L'immobilité n'est pas complète ; mais l'amplification diminuée, bien moins marquée à la base contraste avec l'aspect et les mouvements normaux, mais rapides, du côté gauche. Le diaphragme est immobilisé ; c'est une respir. costo-supér. gauche.

A perc. en arrière : à gauche, sonorité normale, à droite, submatité aux bases, à partie moyenne tympanisme, au sommet sonorité normale. En avant : matité sub- claviculaire complète, avec, au-dessus, une zône de sonorité se continuant jusqu'aux fausses côtes, remplacée à ce niveau à la perc. profonde par la matité hépatique. La palpation confirme ce dernier renseignement, elle est pénible. le moindre attouchement à droite reveillant une violente douleur. A l'auscultation, on entend à gauche (côte sain) une respir. normale, quoiqu'affaiblie à la partie infér. ; à droite, abolition du murmure vésiculaire à la base, un souffle à caract. amphorique. s'entendant surtout à l'expir. et d'une manière inconstante, siégeant à la partie moyenne en arrière, à la partie infé. en avant. Enfin, une resp. presque normale dans la fosse sus épineuse, complètement abolie dans la région sub-claviculaire. Il y a de la pectoriloquie aphone. pas de tintement métallique ; la malade est tellement affaiblie qu'on ne recherche pas la succussion. Battements cardiaques imperceptibles. Ventre ballonné, mais non doulour., sauf tonjours au niveau de l'hypoch. droit ; pas de vomiss., mais selles diarrhéiques abondantes, noirâtres, fétides.

Diag. hésitant entre *pleurésie avec énorme épanchement* ou plutot *hydro* ou *pyopneumothorax*.

Une ponction explorat. dans le 9e espace intercostal avec une longue aiguille, ramène un liq. séreux citrin ; une 2e ponction dans le 6e esp. au niveau de l'angle infér. de l'omoplate ramène

de l'air. En présence de l'état de la malade, on pratique une ponction au 7e esp. à l'aide de l'aspir. Potain qui ne donne issue qu'à des gaz.

Mort 2 heures après son entrée à l'hôpital.

Aut. En ouvrant les cavités thorac. et abdom., on voit s'échapper de la région sus hépatique un flot de liq. séro-purulent, jaunâtre, non fétide, et on constate que le diaphragme est refoulé inégalement vers la cavité thorac., faisant une saillie qui, presque normale à gauche (4e esp. intercostal) remonte à droite jusqu'au 2e espace. Le poumon droit, refoulé en haut et en arrière, présente à peine le volume du poing. Il est d'ailleurs sain et perméable. Le poumon gauche est maintenu en place par des adhé. pleurales épaisses et résistantes. Sa base est congestionnée, son sommet porte des traces non douteuses de *tuberculose* en voie de cicatrisation. Cette situation anormale tient à la formation, au-dessous du diaphr. de 2 poches énormes, droite et gauche; la 1re, de beaucoup la plus volum., conten. un mélange de plus d'un litre de pus avec les gaz faisant remonter le diaphr. semble limitée en bas par la face infér. du foie très abaissé, mais basculé en arrière, la poche ayant un véritable diverticule postér. et du ligament triangulaire gauche ; en haut et à gauche, par la face infér. du dôme diaphragm. appliqué contre les parois thorac. ; à gauche, par le lig. sup. tendu ; en avant, par la paroi abdom. La 2e poche est limitée en bas par le côlon transv., en haut par le diaphr., à droite par le ligamenteur, suspens à gauche par la face interne de la rate, en avant par la paroi abdom. Elle contient le même liq. purulent, mais peu abondant. En incisant cette 2e poche, on trouve sur la gr. courbure de l'E., à la face antéro-latér., près du cardia, une *perforation* régulière et linéaire, large de 2 cmc. environ, entourée de tissus épaissis et calleux, et autour de laquelle se sont formées des adhér. friables l'unissant au diaphr. Le reste de l'E. paraît sain ; la face antér. est dépourvue d'adhérences.

Le péritoine sous-ombil. est *sain* ; anses intest., rate, rein,

pancréas normaux. Cœur normal ; légère dilatation du cœur droit avec caillots fibrino-cruoriques.

Rem. Cette observation est intéressante :

Au point de vue clinique : par l'évolution *latente* de la lésion de l'E., par le minimum de sympt. avec lequel s'est effectuée la perfor. : la douleur n'ayant pas été abdominale, mais par son siège, droit, semblant s'être développée avec la formation brusque de l'abcès sous-phrénique ; par le minimum de sympt. abdom. de la péritonite consécutive (absence de vomissem., conservation des selles, léger ballonnement du ventre) ; par la prédomin. des phén. thoraciques, en imposant, au point de vue fonctionnel et physique. même et surtout à la suite de 2 ponctions successives, pour un *pneumothorax* ; bien que ces sympt. soient rarement aussi accusés, ils peuvent peut être entrer en ligne de compte dans le diag. des *péritonites d'origine stomacale*, localisées ou même généralisées (Laubry).

Au point de vue anatomique, par la localisation et la marche de l'épanchement stomacal dans le péritoine sus-ombilical, l'abdomen infér. semblant avoir été protégé, momentanément du moins, par le côlon transverse distendu, la masse épiploïque, et par quelques adhér. au voisin. de la perfor. ; sur la formation, malgré cette faible protection, d'abcès gazeux sous-phénique droit, à pression suffis. pour amener la saillie énorme du diaphragme dans la cavité thorac., et sur le rôle probable des adhérences du poumon gauche, qui en maintenant le diaphr. ont obligé pus et gaz à chercher une autre issue.

Obs. LXIV. — Bruandet. *Soc. anat.*, déc. 1899, p. 1076. *U. latent. Perf. Abcès gazeux sous-phrénique, suivi de péritonite généralisée supposée consécutive, à appendicite. Mort 8 jours après le début des accidents.* — F..., 29. Antécédents : aucune crise abdominale, seulement quelques troubles dyspeptiques.

Le 10 déc. 1899, la maladie s'est établie en quelques instants : douleurs du ventre très intenses, qui obligent à s'aliter

aussitôt. Cette doul. persiste depuis ce temps, très forte, étendue à tout l'abdomen ; a été le seul sympt. remarqué.

Le 18, entre à la Charité à 2 h. soir. Se plaint de doul. abdom. localisées à la région ombilicale et irradiées à tout le ventre. Il y a un peu de ballonnement, qui prédomine à la région sous-ombilicale ; la palpation de la paroi est doul. ; défense plus marquée dans la fosse iliaque droite ; à ce niveau, légère submatité. Il n'y a eu ni vomis., ni nausées, appétit nul, langue sèche, blanche. Pas de constip. : selle abondante avant son entrée. P. très petit, 130 ; 37° avec refroidissement et cyanose des mains. Appareil génito-urinaire normal. Intellig. intacte. Diagn. : péritonite suppurée, probablement consécutive à *appendicite*.

Laparotomie (M. Souligoux). Pus très fétide, séreux, avec fausses membranes. L'appendice enlevé est sain.

Mort dans la nuit.

Aut. E. A la face postér., à 4 centim. au-dessous du cardia, ulcère cicatrisé. Sur la face ant., en un point symétrique à la cicatrice postér., ulcère rond, présentant une perf. comme une pièce de 0,50, qui fait communiquer librement cavité stomacale et cavité péritonéale. Le péritoine de l'hypoch. gauche présente une péritonite putride enkystée (pyopneumothorax sous-prénique). La collection est surtout gazeuse ; le liq. est mélanique, analogue à celui du contenu stomacal. Parois de la cavité : en haut et en arrière, le diaphragme ; en bas, face supér. du lobe hépatique gauche, face antér. de la gr. tubérosité, côlon trans. et grand épiploon ; à droite, lig. suspenseur du foie ; à gauche, rate (celle-ci a sa capsule détruite, sa surface noirâtre, comme digérée par le liquide de la poche) ; en avant, paroi abdomin. antérieure. Les adhér. péritonéales qui forment cette poche sont mal organisées, facilement déchirées. Le reste de la cavité péritonéale contient un pus verdâtre avec membranes.

Rem. (Bruandet). Nous pensons que la malade avait un U. de l'E. *absolument latent* ; il y a 8 jours, la perf. s'est établie,

et, à la suite, un abcès gazeux sous-phénique. Aucun symptôme n'a attiré l'attention de ce côté, quand la malade est entrée avec une péritonite purulente généralisée, secondaire à cette lésion. A remarquer la symétrie des 2 ulcères de l'E.

Obs. LXV. — (Phillips et Silcock. Lancet, 1899, p. 833.) *U. méconnu. Jeune fille soignée depuis 2 ans pour crises d'hystérie. Perfor. ; on pense à P. d'U. de l'E. au moment d'opérer. Opération 33 h. après le début des accidents. Guér.* — F..., 20 ans, eut en septembre 1896 une crise de doul. siégeant dans la partie supér. de l'abdomen avec vomiss., et prit le lit une semaine. Depuis, fut sujette, tous les 3 mois environ, à des crises de même caractère, mais d'intensité moindre et sans vomiss. Entre les attaques fut très bien et mangea à sa guise. Eut une attaque de ces doul. en fév. 98, une autre en mai. Jamais d'hémat. Ces crises furent regardées comme *hystériques*. Se porta bien pendant août, et jusqu'au 14 sep. 98.

13, mangea une pomme crue, comme d'habitude, sans aucun malaise.

14, à 11 h. matin, mangea comme d'habitude. Une heure après, ressentit une douleur intense dans la portion supér. de l'abdomen et tomba sur le parquet. Puis vomiss. Presque en collapsus. Le soir, 100° ; pendant la nuit, doul. dans l'abdomen et *les épaules* et 2 vomiss.

Amenée à l'hôpital le 15, à 5 heures du soir. C'est une fille grasse et pleine de santé ; face colorée, traits un peu pincés, langue propre, mouvements abdom. un peu limités. Hyperesthésie sur toute la surface du ventre. Se plaint de douleur dans la fosse iliaque droite, mais on ne constate là ni matité, ni sensibilité, ni tumeur. Cependant, sensibilité aiguë, sur une aire de 2 inches (5 centim.) carrés, immédiatement à gauche de la ligne blanche, juste au niveau de l'ombilic ; on y constate aussi un peu de résistance et une légère diminution de la sonorité. La malité hépatique se retrouve le long du bord thoracique. Le tympanisme stomacal ne peut être obtenu que sur la

ligne axillaire gauche. P. très rapide, 120. T. 100°2. Un vomissement juste avant l'admission.

La doul. abdom. soudaine, aiguë, avec fièvre, fait penser à une perforation d'une *portion quelconque* du canal alimentaire. La doul. était ressentie dans la fosse iliaque droite ; mais la douleur est de peu d'importance comme *symptôme de localisation* dans une maladie abdominale aiguë, et, en l'absence de tumeur, matité (ou de résistance), l'appendicite fut écartée.

La sensibilité locale et la tension du muscle droit gauche firent penser que la lésion était en rapport avec l'E., et on pensa à une perforation de l'E. (d'autant que la préexistence d'un U. de l'E. semblait maintenant certaine, quoique les attaques douloureuses paroxystiques, avec rémissions de quelques semaines, n'en fussent pas la marche ordinaire). L'intensité et la localisation de la sensibilité firent penser qu'il était à la face antérieure. La fièvre, le pouls rapide, la face colorée de la malade, firent craindre une péritonite et l'on décida d'intervenir, de crainte d'aggravation dans l'état de la malade. On nota, immédiatement avant l'opération, une hyperrésonance dans une partie de l'hypochondre droit.

Opération le 15 à 9 h. soir. On trouve des adhérences partout, puis liquide séreux assez abondant. Petite perforation à gauche de la ligne blanche, dans la partie supérieure de la face antérieure de l'E., par où s'échappe un peu de mucus. Le péritoine à l'entour était protégé par des adhérences ; suture.

16. T. 101.

19. Inflammation de la *parotide* gauche, et fièvre.

25. Mange par la bouche pour la première fois. Guérison.

Vue en janvier 1899, en très bonne santé. (1.)

(1) Maclaren (Lancet 1899, 2, p. 1.094), cite également le cas d'une malade chez laquelle les diagnostics de l'ulcère de l'E. et de perforation furent faits en même temps, au moment d'opérer. Sa malade avait eu de légères indigestions un an auparavant, mais n'avait jamais eu de vomissements, ni de véritables douleurs jusqu'au moment de la perforation. Laparatomie, guérison.

Obs. LXVI (Rés.) A. Florand. *Bull. soc. méd. des hôp.*, Paris, 1899, p. 296. *U. méconnu de l'E. Mort par gastrorrhagie et perforation.* — Le 3 fév. dernier, entrait à l'hôp. Laënnec, s. Rostan, un H. de 49 ans, pour des souffrances atroces, à crises paroxystiques, soignées sans succès depuis plus d'un an dans divers services. On avait songé à une *angine de poitrine* consécutive à une ancienne *péricardite* qui n'avait jamais existé (V. Au.), à une *lésion cardiaque* (traces de cautères sur la rég. précordiale), à une fausse angine de poitrine due à l'abus du tabac, enfin à une *gastralgie* chez un névropathe ; car, aucun rég. alim., aucune thérapeutique n'avait pu le soulager, et, depuis plusieurs mois, il se morphinisait sans atténuer beaucoup ses crises.

A son entrée, il se plaignait d'une violente douleur fixe, étalée en plaque sous le rebord costal gauche ; était parfois tolérable, car ne cessait jamais complètement ; mais le plus souvent très pénible, et exag. par la pression à ce niveau seulement. Une ou plusieurs fois par 24 h., elle devenait intolérable, d'où cris atroces, positions bizarres. Souvent la douleur s'irradiait, non dans le dos en broche, mais, au contraire, vers le thorax supérieur, derrière sternum, côtes gauches, cou et bras du même côté, paraissait suivre les plexus cervical et brachial; ni accompagnée ni suivie de vomiss., ne coïncid. pas avec l'alimentation, qui ne paraissait pas l'exagérer. Rég. lacté absolu sans action sur elle. Amaig. de 20 à 30 l. Très anémié, très pâle, sans cachexie. *Aucun antécéd. pathолog.*, quelques excès d'alcool et de tabac, mais il disait n'avoir jamais souffert de l'E. Sa douleur avait débuté 15 mois avant son entrée, et avait toujours existé, depuis le début, avec les mêmes caractères de violence, persistance et crises paroxystiques.

Je songeai, au début, à des *crises gastriques* et je prescrivis, sans succès, le rég. lacté et tous les analgés. ou révulsifs locaux. Tout échoua, j'arrivai à le considérer comme un *névropathe* et un *morphinomane*.

Le 3 mars au matin, pousse des cris terribles. Plus tôt, après

une crise douloureuse, vomiss. d'une gorgée de sang noirâtre, fade, fétide. Il était livide, glacé, et mourait bientôt.

Aut. : Sauf l'E., tous ses organes étaient absolument sains, ni péricardite, ni affection cardiaque.

En découvrant son E., on tombait sur une perfor. grosse comme une tête d'épingle, sur la petite courbure, près du pylore ; cette perfor. laissait sourdre un peu de sang. On sentait, à ce niveau, par pression, une induration étendue. E.. très adhérent au pancréas, mais ni au diaphragme ni au foie. Pas dilaté, mais distendu par un énorme caillot sanguin.

Au niveau de la pet. courbure, empiétant sur la face postér., existait une ulcér. arrondie, de 5 à 6 millimètres de diamètre à la muqueuse, allant se rétrécissant jusqu'à la perforation. Dans le fond, coronaire stomachique béante, sectionnée. Bords de l'ulcér. calleux et épaissis. Pas d'autre lésion de la muqueuse; pas de gastrite.

Donc : U. simple, ancien, sans autre adhérence que celle du pancréas. Cette obs. montre que la douleur avec irradiations rétro-sternales, cervicales et brachiales peut être le symptôme *unique*, exclusif, de l'U. simple de l'E.

Obs. LXVII.— Verdelet. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1900, 30, p. 129. — *Ulcère latent. Perforation. Péritonite. Diagn.: Péritonite suite d'appendicite. Mort 48 h. après le début.* — H..., 18, garçon de café, entre le 11 janvier 1900, à 5 h. après-midi, avec les sympt. d'une péritonite généralisée arrivée à ses dernières périodes, et chez lequel on ne pouvait plus à ce moment tenter aucun traitement actif ni même porter de diagn. précis.

M. le Dr Hameau, qui l'avait adressé avec le diagnostic d'*appendicite*, écrit que c'est le 10 au soir qu'il fut appelé auprès de ce sujet malade dep. la veille seulement. Tout d'abord, son entourage ne s'en était pas inquiété, car, quelques mois auparavant, il avait présenté des douleurs semblables, qui, en quelques jours, avaient disparu spontanément.

A la visite : facies grippé, yeux hagards, pouls petit et fréquent, nausées, répondant mal. Ventre tendu, légèrement ballonné, se défendant contre la palpation. Le point le plus douloureux semble siéger entre l'ombilic et l'épine iliaque droite. Le malade, lui aussi, accuse comme point maximum de la douleur, le point de Mac Burney. Mais son entourage disait qu'au début il s'tait plaint plutôt d'une doul. au niveau des fausses côtes droites. C'est dans ces conditions qu'il arriva le 11, à 5 h. du soir à l'hôpital. Il était en collapsus, avec pouls imperceptible. Ventre tendu, douloureux, légèrement ballonné.

Mort à 9 h. soir, 48 h. après le début des accidents.

Aut. Liq. séro-purulent, assez abondant. Epiploon fortement tassé dans la fosse iliaque droite, épaissi, infiltré, adhérent à la paroi et à la masse intestinale. Détaché, il laisse voir les anses agglutinées par des membranes, et *a priori*, on pourrait croire que c'est là que siège la lésion et qu'il s'agit d'une appendicite. Mais on trouve l'appendice sain ; et en suivant la traînée de pus de bas en haut, on arrive jusque sur la région pylorique de l'E., à la partie postér. de laquelle on trouve une perfor. large comme une pièce de 0,50. Autour, tissus épaissis, adhérents. Sur la face interne de l'E., on voit une partie rouge, congestionnée, au centre de laquelle se trouve une perfor. taillée à l'emporte-pièce et qui offre tous les caractères de l'ulcère rond.

Donc, ici, aucun signe clinique net d'ulcère de l'E. ; c'est un ulcère latent, dit l'auteur, difficulté du diagnostic, qui aurait été aussi grande une fois l'abdomen ouvert.

Obs. LXVIII. Bourlot. *Soc. Anat.*, p. 472, mai 1900. *U. double, latent. Perforation.* — F., 42. Depuis quelques mois, a ressenti plusieurs fois de vives douleurs au creux épigastrique, accompagnées souvent d'un point dorsal, non pas rachidien, mais siégeant plutôt au niveau de l'angle postér. des côtes gauches, à la hauteur du creux épigastrique. Tantôt cette doul. était éveillée par l'ingestion des aliments, tantôt

elle apparaissait 2 ou 3 h. après, quelquefois, vomiss. aliment. Jamais d'hémat. Constip. tenace habituelle. Pituites matinales, crampes dans les jambes, cauchemars terrifiants.

28 avril. Prise dans la soirée d'une douleur très vive au creux épigastrique, qui la força à s'aliter.

Entre le 29 à l'Hôtel Dieu.

Le 30, au matin. Ventre légèrement ballonné, très doul., surtout à l'épigastre, à la moindre pression. Cette douleur va en s'atténuant jusqu'à disparaître presque aux fosses iliaques. Ventre non tendu. Pas de vomis. Constip. absolue (matières et gaz) depuis le début, 28 avril. Facies légèrement grippé. P. un peu accéléré. T. 38°2. Rien dans les autres organes.

Diagn. : gastrite éthylique certaine ; ulcère E. probable, ce qui n'expliquait pas les crises douloureuses.

Alimentation rectale. glace sur ventre.

1er avril. P. 100. T. 36°6. Abdomen ballonné, mais non tendre, un peu doul. à la palpation. Constip. absolue. Facies un peu péritonéal. Dans l'après-midi, vomiss. porracés, d'odeur fécaloïde. Météorisme de plus en plus considérable, mais toujours pas de tension de l'abdomen. P. 105, 110. T. 36°4. Pas d'anses se dessinant à travers la paroi.

Le syndrome d'*occlusion intestinale* devenant presque évident. le chir. de garde fut appelé. Il pencha pour une *appendicite* et décida une intervention immédiate. T. (7 h.), 39°.

A ce moment, débâcle diarrhéïque qui améliora la malade.

On rejeta alors l'intervention, surtout en présence de l'état paradoxal de l'abdomen, très distendu, mais peu douloureux à la pression, parfaitement souple et dépressible ; absence de matité dans les flancs, pouls meilleur, état de bien-être accusé...

Dans la nuit, l'état s'aggrave, vomis., laparotomie d'urgence. Léger exsudat purulent, fausses membranes sur les intestins. Ni gaz, ni pus, appendice sain, drainage.

Mort dans le coma le 4 av. au soir.

Aut. Anses très distendues ; quelques f. membranes péritoi-

nes poisseux ; un peu de pus dans le petit bassin, organes génitaux sains.

En soulevant le bord inf. du foie... on tombe sur une collection purulente limitée à gauche par des fausses membranes unissant le grand cul-de-sac à la face inférieure du lobe gauche du foie. A droite, elle est mal limitée et une fusée purulente se dirige vers la fosse iliaque... le fonds est fourni par l'E., où apparaît la perfor.

E. Deux ulcères ronds, en regard l'un de l'autre, l'un sur la paroi antér., l'autre sur la postér., en contact immédiat, à l'état de vacuité de l'E. Le 1er a perforé la paroi et déterminé une péritonite mortelle. Le deuxième s'est accompagné de périgastrique qui a fait adhérer à la paroi le pancréas et une frange graisseuse sous-péritonéale. Ces organes forment le fond de l'ulcération et la perforation n'a été suivie d'aucun accident.

Remarques (Bourlot). Deux U. ont donc pu évoluer jusqu'à la perforation complète, et ne se manifester que par quelques douleurs passagères et par quelques vomissements.

Les symptômes en furent si peu accusés que le malade n'interrompit pas ses occupations et ne se fit pas traiter.

La péritonite consécutive à la perforation a évolué d'une façon normale. L'abdomen resta toujours parfaitement souple et dépressible ; à partir du deuxième jour, il était très douloureux à la pression.

Obs. LXIX. — Dieulafoy et Tisné. — *Double U latent de l'E. Double perforation. Mort 20 heures après le début. Man. Pathol int.*, 1901, T. II, p. 323. — F. 20. *Jamais n'avait éprouvé le moindre symptôme gastrique* (enquête minutieuse) ; n'avait jamais eu ni douleurs, ni vomiss., ni hématém., ni troubles dispeptiques. La veille, sort, fait à pied ou en voiture des courses nombreuses ; le soir dîne comme d'habitude et de fort bon appétit.

Prise brusq. dans la nuit d'une terrible douleur abdominale

sans vomiss. Le lendemain matin, on fait le diagnostic de *péritonite par perforation*, et la malade est dirigée sur l'hôp. Necker pour y être opérée.

Mais les accidents marchèrent si vite que l'opération commencée dut être abandonnée. Mort 20 heures après le début des accidents.

Au. E. — Deux grandes perf. nettement arrondies à la face ant. et la face post. Ces deux perf. étaient absolument superposables, comme si l'un des ulcères avait engendré l'autre.

Obs. LXX. — Dieulafoy et Khan. — *Double U latent. Double perforation. Mort 24 heures après le début. Man. path. int.*, 1901, T. II, p. 324. — F. 26. Très bonne santé. N'avait éprouvé que quelques troubles dyspeptiques mis sur le compte de la *chloro-anémie*.

Entre dans le service du docteur Fernet pour une péritonite suraiguë survenue brusquement quelques heures après le repas ; mort 24 heures après le début des accidents.

Au. — Deux ulcères simples perforés, et siégeant à la face antérieure.

Obs. LXXI. — Faure (J. L.). — *U. latent. Perforation. Péritonite diffuse. Mort.* — Cliniq. chirurg. de la Charité. *Sem. méd.*, 1901, p. 25. — H., 38. En pleine santé, sans aucun signe prémonitoire, pris brusquement d'une douleur abdominale siégeant dans la région ombilicale.

2 jours après (18 déc. 1900), entre à Saint-Antoine, présentant des accidents péritonéaux attribués par l'interne de service à de l'occlusion intestinale, pour laquelle il appelle le docteur Faure. Celui-ci vit le malade dans un état très grave : Ventre légèrement ballonné, tendu, douloureux, avec contracture de la paroi ; vomissements incessants d'aspect bilieux ; P. 168, assez bien frappé ; facies grippé ; anxiété respiratoire et agitation ; ni selles, ni gaz.

Je pensai, non à une occlusion intestinale, mais à une péri-

tonite, et résolu à intervenir, je m'efforçai d'en reconnaître la cause, songeant à la possibilité d'une perfor. de l'E. — on connaît la fréquence de cette complication, je recherchai la douleur thoracique. Ce malade s'en plaignait vivement. Au début, en même temps qu'il avait souffert dans la région ombilicale, il avait également ressenti une vive doul. *entre les deux épaules*, doul. qui persistait encore, bien qu'en grande partie atténuée, tandis qu'au contr. les phén. doul. avaient augmenté d'intensité du côté de l'abdomen, et s'étaient généralisés à la cavité pénitoréale toute entière.

Je me trouvais donc en présence d'un malade atteint d'accidents de péritonite diffuse dont les caractères objectifs ne permettaient pas de déterminer le point de départ ; la constatation de la douleur thoracique me fit néanmoins porter le diagnostic de *perforation de l'E.* J'incisai dans la région épigastrique, et, après avoir enlevé le pus et les liq. qui encombraient en ce point la cavité péritonéale, je découvris sans peine une perfor. de l'E. siégeant sur la petite courbure, tout près de l'origine du duodénum ; les liq, gastriques sortaient en abondance par cet orifice arrondi, que j'oblitérai par quelques points de suture. Un large drainage dans la région épigastrique et sous-ombilicale, où je fis une incision évacuatrice n'empêcha pas la malade de succomber le lendemain. »

Obs. LXXII. —Maunsell.— *Brit. méd.*, V. 1901, 1, p. 693. — *U. latent. Perfor. mort environ 36 h. après le début.* — F. 23, servante, souffre d'anémie et dysménorrhée depuis quelques mois ; et de vagues doul., pesanteurs dans l'estomac, depuis quelques semaines.

9 déc. 1899, elle balayait une chambre quand elle ressentit soudain une violente doul. abdom., qui s'atténua bientôt. On la mit sur le compte de *coliques menstruelles*. Les règles étaient en retard d'une semaine. Le soir, la malade fut traitée par des bains chauds.

Le 10, elle présente des phénomènes de péritonite et est amenée à l'hôpital à 10 h. soir. A ce moment : T., 98,4; P. 140; Resp. 36; se plaint de doul. intense dans toute la portion sup. de l'abdomen. Celui-ci est distendu, uniformément tympanique, sauf dans les flancs, où existe de la matité. Disparition de la matité hépatique. Face anxieuse et tirée, langue brunâtre, mais humide, urines en quantité normale sans albumine.

Diagn. : Perforation d'un ulcère de l'E. jusque-là latent.

Opération, malgré la rapidité de pouls, à cause de la vigueur qu'elle sembla encore présentes. La perfor. est facilement trouvée, à la face anté., très près de la potite courbure, juste au point où l'œsophage commence. Diamètre : 3 pence. Durée : 1 heure.

Mort soudaine 3 h. après l'opération.

Au. : Ulcère simple de l'E.

Obs. LXXIII. — Horrocks. — *Ulcère latent. Perfo. Opération 8 heures après début, guérison.* — *Brit. méd. J.* 1901, I, p. 696. — F., meunière, souffre depuis plusieurs années de douleurs très légères après le repas. Jamais de vomis., ni d'hémat. A souvent des maux de tête, palpitations, accompagnés de resp. courte et difficile. Sa nourriture consiste surtout en thé, pain; très peu de viande ou de légumes.

16 nov., à midi et demi, léger repas de thé et pain, travaille jusqu'à 3 h. A ce moment, ressent une violente doul. dans le côté gauche du thorax, qui s'étend bientôt à tout l'abdomen et perd à moitié connaissance. On l'amène à l'hôpital presque en état de collapsus. T. 96, P. 88, irrégulier et plutôt petit, nez et oreilles froides. Se plaint de doul. dans tout l'abdomen, surtout à l'hypoch. gauche. Ventre non distendu, mais les parois ne se meuvent pas avec la respir. Les muscles abdom. sont tendus, surtout en haut, matité hépatique non diminuée; partout ailleurs, sonorité.

Opération à 8,30 du soir (8 heures après le début) : Liq. louche

dans le péritoine; ouverture circulaire, d'un 1/2 centimètre de diamètre à la face antérieure, près du cardia, tout près de la petite courbure. Suture facile : Durée 1,10.

Lendemain : P. 136. Puis va beaucoup mieux et sort guérie.

Remarques : 1° Absence de signes d'ulcère de l'estomac.

2° Absence de cause occasionnelle à la perforation.

3° La douleur et la sensibilité localisèrent la position de l'ulcère, et la tension marquée de la partie supér. de la paroi abdom. rendirent le diag. plus certain.

4° Position de l'ulcère, rappelant l'observation de M. Robson que les U. latents de l'E. sont généralement situés près de la fin du cardia et tout près de la petite courbure.

Obs. LXXIV. — Shettle. — *U. latent de l'E. reconnu au moment de la perfor. 36 heures après le début. Guérison.* — *Brit. med. J.*, 1901, t. I, 1137. — F.. 17, avait souffert d'anémie, avec quelques sympt. de dyspepsie, mais n'avait jamais présenté aucun des signes typiques de l'ulcère de l'E.

22 déc. 1900. A 2 h. après midi, peu de temps après un repas de pain et de fromage, fut prise, en balayant sa cuisine, d'une soudaine et viol. doul. dans la partie supér. du ventre, qui la fit s'évanouir. Bientôt, doul. abdominale généralisée et vomiss.

Le 22, l'on pensa à une perfor. d'ulcère de l'E. et on l'envoya à l'hôpital. Elle est, à ce moment, presque dans le collapsus. Abdomen rigide et tendu, douleur dans tout le ventre et dans le *dos*. Matité hépatique normale. P. 110, T. 99,4. Une selle le 22 au matin, mais ni selle ni gaz depuis le début de la maladie.

Opérée à 6 h. soir, 36 h. après le début. Flot de pus et de liquide trouble semblant venir du pylore. On trouva une petite perfor. sur la face antér. de l'E., près de la petite courb. et du cardia. Autour, induration et épaississement de la paroi.

Suites. Le lendemain, vomiss., qui s'arrêtent au bout de 24 h. Une selle. Lavement nutritif. Rien par la bouche jus-

qu'au 4e jour où l'on commence à donner un peu de lait peptonisé.

Guérison. Quitte l'hôpital le 31 janvier.

Obs. LXXV. — Dalton. — *U. latent. Perfor. Abcès sous phrénique. Perfor. du diaphragme. Caverne pulmonaire. Pleurésie séreuse. — Brit Méd. Journal*, 1901, I, 1206. — F. 25. femme de chambre. Aucun sympt. antérieur du côté de l'estomac.

12 février. Est prise brusquement d'une doul. violente dans la région précordiale.

13. Doul. plus intense, lancinante, exacerbée par la respir. profonde. Pas de toux.

14. Envies de vomir, mais ni vomiss., ni hématém. L'alimentation ne produit *aucune* douleur.

Il y eut amélioration légère pendant un ou deux jours ; mais alors la doul. dans le côté gauche reprit très viol. avec grande dyspnée. T. 102,6. Pouls plein et bondissant ; face colorée. On constate à la base gauche tous les signes d'un épanchement liquide, en particulier le déplacement du cœur à droite.

Il est à noter que, malgré la dyspnée extrême, la malade se couchait cependant du côté droit, ce qui était dû à ce que la doul. qu'elle ressentait en se couchant du côté gauche était si intense qu'elle préférait la dyspnée. On fit une ponction de la plèvre gauche, et l'on retira 15 onces de liquide clair. On entendit alors un souffle tubaire à la base gauche, tandis qu'auparavant il y avait silence respiratoire absolu. La malade fut un peu soulagée après la ponction, mais le 22. la doul. reparut violente, et de ce jour à la mort (le 2 mars), il y eut toutes les apparences de pyémie, avec une fièvre rémittente très élevée. Les signes physiques indiquaient qu'il ne s'était pas reformé de liquide ; en effet, le cœur était revenu à gauche, et, entre le mamelon gauche et le bord des côtes jusqu'à la ligne axillaire, se trouvait une aire à la percussion tympanique, comme l'estomac ; on n'y entendait pas la respiration.

On pensa que le poumon était incapable d'expansion, et que, par conséquent, le cœur était ramené à gauche, le diaphr. et l'estomac élevés. (Il est de fait que cette aire tympanique était la cavité comprise entre le diaphr. et l'estomac due à la perfor. de l'ulcère, et dont le contenu repoussait le cœur, et comprimait le poumon.)

Aucun symptôme n'attira l'attention du côté de l'estomac. La malade s'alimenta à volonté, sans ressentir la moindre douleur. Ni toux, ni expectoration jusqu'au matin du 2 mars. Le premier vomiss. eut une odeur rappelant celle de l'acide lactique. Le même jour, les suivants prirent une odeur gangréneuse, on entendit alors seulement des râles humides dans le poumon gauche. Mort dans la nuit.

Au. E. Ulcère ancien, de la taille et la forme d'une amande, sur la face antér., près de la petite courbure, et à 2 inches 5 c. du cardia. La perfor. était fermée par le foie adhérent. De ce point, cependant, un petit sinus entre le foie et l'E. se portait en haut et à gauche, pour s'ouvrir dans une large cavité entre la moitié gauche du diaphr., le foie, l'estomac et la rate. Cette cavité était pleine de mat. décomposées, mais se trouvait complètement séparée par des adhér. de la gr. cavité péritonéale, et il n'y avait pas de péritonite générale. Cette cavité avait une ouverture à travers le diaphragme qui menait dans une vaste caverne taillée dans le poumon gauche, elle aussi, pleine de mat. décomposées. La plèvre était complètement adhérente et fermée au niveau de l'orifice diaphragmatique, ce qui permettait au liquide qu'elle contenait de ne pas être purulent. Des adhérences unissaient les feuillets de la portion inférieure de la plèvre gauche, d'où l'on avait retiré du liquide.

Rem. (Dalton). *Aucun symptôme n'attirant l'attention vers l'estomac.* Le liquide pleural, quoique contigu à une collection purulente, resté tout à fait clair. La prédominance absolue des symptômes pulmonaires, qui occupaient toute la clinique. L'absence de toux et de vomissements. L'exagération de la douleur à la moindre pression du côté malade.

Obs. LXXVI. — Bridwel. — *U. latent. Perfor. signes de pleurésie et empyème. Brit. méd. J.* 1901, 1, 1206. — J. H. avec peu de sympt. gastriques, traité pour *pleurésie* et *empyème*. Deux côtes furent réséquées, on trouva le poumon adhérent. Drainage habituel. Ce fut seulement quand des débris d'aliments furent trouvés *dans le pansement* qu'on soupçonna l'origine gastrique. Le diagnostic fut confirmé par l'ingestion de bleu de méthylène, qui apparut bientôt dans le pansement. On enleva une côte, élargit l'ouverture de l'abcès sous diaphragmatique, et le malade guérit.

Obs. LXXVII. — Horsford. — *U. méconnu. Perfor. de l'E. Péritonite. Mort 5 jours après. Lancet*, 1902, 1, 670. — F. 32. Depuis 2 ans « accès d'indigestion » accompagnés quelquefois de vomiss. Jamais d'hémat.

Le 8 janv. au matin, ayant déjeûné, est prise brusquement d'une douleur abdominale violente, avec maximum dans l'hypoch. *droit ;* vomit à plusieurs reprises dans la journée. La région de la vésicule biliaire est très sensible ; le ventre est flasque et non ballonné ; la conjonctive est quelque peu ictérique ; mais il n'y a pas de pigments biliaires dans l'urine ; pas de tendance à la syncope, T. normale.

9. T. 100. La constip. qui existait depuis quelques jours cède à des lavements de turpentine, l'état semble s'améliorer considérablement.

11. Nouvelles attaques de douleurs violentes ; la jambe droite est repliée en haut ; sensibilité très marquée au point de Mac Burney, léger empâtement dans la fosse iliaque droite ; vommiss. bil. assez fréquents, qui prennent une odeur fécaloïde le soir. T. 100. P. 95.

Diagnostic : *appendicite ne nécessitant pas d'intervention immédiate*.

13. La patiente est plus mal. La doul. s'étend dans toute la portion inférieure de l'abdomen et comme la malade s'affaiblit rapidement on l'envoie à l'hôpital.

Examen : grandes douleurs ; ventre mou météorisé, mais empâtement léger de l'épisgatre et de la région iliaque droite, légers mouvements de la paroi supér. du ventre à chaque mouv. respir. sensibilité aiguë dans la moitié infér. de l'abdomen, légère seulement au-dessus. A la percussion on trouve une aire mate dans la fosse iliaque droite ; le foie est à matité normale : au toucher vaginal, empâtement de la paroi antér. ; l'utérus est repoussé en arrière et en haut ; au toucher rectalon constate la présence de liq. abondant dans la cavité pelvienne; la malade est affaiblie par l'insomnie, ce matin a eu des vomiss. mais pas depuis. T. 99. P. bon à 88. On décide une laparotomie pour le lendemain matin, on donne du lait et une injection de morphine. Plusieurs heures se passent assez bien ; à une heure du matin moins bien.

A 4 h. 30 collapsus hypohermie. sueurs, abdomen rapidement dist. respir. rapide, anxieuse ; mort à 5 h. 1/2.

Au. on trouve le grand épiploon légèrement adhérent à la paroi antér. et au côlon transverse, le contenu de l'estomac remplit le pelvis et la moitié de la cavité abdominale ; un abcès situé entre le côlon ascendant et l'intestin grèle occupe la fosse iliaque droite et s'étend en descendant dans le pelvis et en montant le long du colon ascendant. Plus loin se trouvent des signes plus récents de péritonite. L'appendice est sain.

E. sur la face antér. près du pylore se trouve un ulcère perforé, de forme ovale et de 2 centimètres de longueur. Pas d'autre ulcère.

Bien que le 1er jour, la probabilité de *coliques hépatiques* fût grande, je pense que les symptômes des jours suivants devaient faire diagnostiquer une *appendicite.* La perforation semble s'être faite peu à peu et non d'une façon aiguë, le liquide a dû descendre, après avoir passé par dessus le méso côlon transverse, le long du côlon ascendant dans la direction de la fosse iliaque ; puis s'est séparé de la grande cavité péritonéale par le grand épiploon qui formait à la cavité suppurante un couvercle effectif. Je ne puis dire si la mort est dûe à un

agrandissement de la perforation de l'ulcère où à l'ouverture de l'abcès iliaque dans la grande cavité péritonéale.

Obs. LXXVIII. — Houritt. — *U. latent. Perfor., Guérison.* New-York, *Méd. V.*, 14 janvier 1902. — Fermier jouissant d'une excellente santé jusqu'au 3 du présent mois, fut saisi subitement d'une douleur intense près de l'ombilic, qui donna lieu à un choc très prononcé.

Op. Perforation d'un U. E. près du pylore, guérison.

Obs. LXXIX. — Houritt. — *U. latent. Perfor., guérison*, N.-Y. *Med. V.* 14 janv. 1902. — F. 28. Très bonne santé. L'attaque survint soudainement, sans sympt. prémonitoires d'U. de l'E. Le maximum de la douleur fut d'abord à l'épigastre, et, 2 heures plus tard, dans l'abdomen supér. On trouva une grande perfor. d'un U.E. sur la face postér., près de la petite courbure. Pus dans les portions déclives de l'abomen. guérison. Depuis, n'a jamais été malade, ni ressenti le moindre moindre malaise gastrique.

Obs. LXXX. — Folet. — *Ulcère latent. Perfor., péritonite, mort 3 jours aprés le début des accidents. Echo médical du Nord*, 3 mai 1903, p. 205. — H. 25. Aucun antécédent pathol. ni tubercul., ni syphilis dans la famille ; n'était pas alcoolique. Il aurait eu, paraît-il (ce qu'on ne sut qu'après le décès), depuis deux ans environ, des crises gastralgiques très espacées, et dont le plus souvent il parlait à ses camarades plus qu'à ses parents. Ces « crampes d'estomac » n'ont iamais été assez intenses pour qu'il ait interrompu son travail. Jamais d'hématémèse, de pituite, de vomiss. d'aucune sorte. Pas de constipation.

Le docteur Dumont fut appelé près de lui le 27 janvier 1903, à 8 h. du soir ; il souffrait atrocement de rachialgie et de douleurs rongeantes à l'épigastre. Tout le ventre était sensible et ses parois contracturées. Il était allé à la selle le matin et avait

travaillé jusqu'à 4 h. ; aurait eu un peu avant cette heure une violente colère. En somme, le début a été très brusque. Pas de point de Mac Burney, ni vomiss., ni ballonnement ; sueurs froides, pouls filiforme, fréquent, opiacés.

28. — Injection de morphine le matin et le soir. Toujours vives douleurs dans flanc droit et épigastre (c'est alors qu'on songe à l'*appendicite*.) Le moindre mouvement est douloureux. T. matin, 39,8. P. 110 à 120. Constipation opiniâtre malgré purgatifs. Toujours ni ballon. ni vomiss., quelques douleurs passagères pour uriner.

29. — Nuit calme. Les douleurs reviennent très vives le matin. Point de Mac Burnet *très net*. Ventre toujours rétracté, pas de vomiss.

Entre à l'hôpital à 5 h. du soir.

30. — Au matin : T. 38,8 ; P. 140. Anxiété extrême, doul. dans tout le ventre, plus marquées à droite. Ballonn. moyen. Constipation absolue depuis 4 jours. Nausées sans vomiss.

Diagn. Péritonite de cause inconnue (le malade pouvant à peine répondre et les renseign. ci-dessus manquant).

Op. — Flot de sérosité purulente ; anses enflammées et adhérentes. Appendice réséqué. On s'arrête devant l'état du malade. Mort dans la nuit.

Au. Même liquide jaunâtre, purulent, dans lequel baignent les anses intest. E. Près de la petite courbure sur la face post. et vers la rég. pylorique, perfor. circul. de 0,50.

Remarques. — Absence de vomissements ou *nausées* sans vomiss. effectifs. Ce sont ces morts foudroyantes qui donnent lieu au soupçon d'empoisonnement (mort d'Henriette d'Angleterre).

Obs. LXXXI (Personnelle). — *Ulcère rond de l'estomac latent. Perforation prise au début pour colique de plomb. Péritonite généralisée. Mort 16 h. après le début des accidents.* — H... Emile, 31 ans, garçon de café, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Augustin, nº 19, dans le service

du docteur Faisans, le 22 octobre 1903, à 10 heures du soir, pour violentes douleurs abdominales ayant débuté brusquement quelques heures auparavant, avec un certificat de médecin portant le diagnostic : *coliques de plomb*. Le malade, vu à ce moment par l'interne de garde, avoue nettement l'éthylisme. Il a travaillé pendant six ans dans le plomb, métier qu'il a cessé trois ans auparavant, sans jamais avoir présenté aucun accident de saturnisme. Bon appétit, jamais aucun phénomène du côté de l'estomac. Toujours bien portant, il avait ressenti brusquement, six semaines auparavant, une violente douleur abdominale généralisée, accompagnée de rétraction du ventre ; constipation ; *pas de vomissements*. Le médecin appelé diagnostiqua : colique de plomb et lui fit le traitement habituel. Le malade resta au lit une dizaine de jour ; la douleur alla diminuant, sans disparaître complètement, et le malade put s'alimenter et se promener un peu, sans toutefois reprendre son travail.

Le 8 novembre, le soir après le dîner, à 8 heures il est pris en brusquement d'une violente douleur abdominale absolument diffuse, tout à fait semblable à celle ressentie six semaines auparavant, et il est envoyé à l'Hôtel-Dieu.

L'interne de garde constate un ventre douloureux dans son ensemble, impossible à palper, réagissant au moindre attouchement ; rétracté, avec contracture énorme des muscles droits ; toute localisation d'un maximum de douleur est impossible.

Il n'y a pas de disparition de la matité hépatique ; rien à l'auscultation du cœur ni du poumon ; le pouls est rapide (92) régulier, un peu petit ; Temp. 37,5, il n'y a ni hoquet, ni vomissements ; le malade est allé normalement à la selle le matin. Le facies est bon, non péritonéal. Pas de liséré saturnin.

L'ensemble de ces signes semble permettre d'éliminer toute réaction péritonéale, même d'origine appendiculaire, et autoriser la confirmation du diagnostic : *coliques de plomb*, porté déjà dans la première attaque.

L'on donne au malade cinq. centigr. d'extrait d'opium.

Nous le voyons seulement le lendemain matin ; l'aspect du malade a complètement changé : facies grippé, péritonéal, extrémités glacées ; ventre météorisé, horriblement douloureux, pouls filiforme, incomptable ; température normale, pas de vomissements, pas de selles. L'aspect est nettement celui d'une péritonite aiguë.

Le docteur Mauclaire, consulté, conseille une laparatonie *in extremis*.

Le malade est endormi au chloroforme. L'on fait l'incision de l'appendicite et l'on découvre un appendice sain ; puis une laparatonie médiane ; il s'échappe une grande quantité de gaz fétides et un flot de pus verdâtre. L'incision est prolongée jusque vers l'appendice xyphoïde, et l'on découvre la face antérieure de l'estomac, qui porte une perforation à côté de l'extrémité pylorique, près du bord supérieur.

L'on ferme la perforation par deux plans de suture.

Une contre-ouverture est faite dans la fosse illiaque gauche ; de gros drains sont mis dans chacune des plaies, légèrement diminuées par quelques sutures. Pansement. Durée de l'opération : une demi-heure.

Injection d'un litre de sérum artificiel.

Le malade meurt à midi, seize heures après le début des accidents.

Au. Péritonite généralisée ; le liquide purulent a été presque complètement draîné ; les anses, non météorisées, poisseuses, sont unies par des agglutinations fibrineuses peu résistantes.

L'estomac est enlevé et ouvert par sa grande courbure : on trouve un ulcère arrondi de la largeur d'une pièce de deux francs environ, et qui siégeait sur la face antérieure, près du bord supérieur, dans la région prépylorique. La perforation, ronde, taillée à l'emporte-pièce, a le diamètre de cinquante centimes ; le foie, la rate sont normaux, ainsi que tous les autres organes.

Obs. LXXXII (personnelle). — *Ulcère latent. Perforation. Péritonite localisée, puis généralisée. Mort.* — G... Marie, 50 ans, femme de ménage. Rien dans les antécédents héréditaires. Bonne santé antérieure ; ni syphilis, ni éthylisme, ni caféisme. 2 enfants vivants. Il y a 10 ans, ménopause ; à cette époque, une hématémèse abondante ayant été suivie de syncope prolongée et considérée alors, en l'absence de tout symptôme gastrique, comme une *hémorragie supplémentaire*. Jamais aucun autre phénomène ayant attiré l'attention du côté de l'estomac (l'interrogatoire, en ce sens, a été complet, et les réponses précises).

Depuis 6 mois, ressent les signes suivants, qui ont été peu à peu en augmentant, mais sans arrêter le travail, ni donner lieu à un examen médical : palpitations, dyspnée d'effort, vertiges, céphalée, jamais d'œdème des jambes. Bon appétit cependant, digestion facile, selles normales. Il y a 6 jours, est prise brusquement d'un point de côté gauche si violent qu'elle fait appeler d'urgence un médecin auprès d'elle. Elle était alors, dit-elle, très rouge et très dyspnéique ; ni frissons, ni vomissements. On aurait diagnostiqué, paraît-il, une *congestion pulmonaire*.

Son état ne s'améliorant pas, elle entre 6 jours après le début, le 25 mai 1903, à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Faisans, salle Sainte-Monique, nº 5. A l'entrée, la malade se plaint d'une violente douleur, exaspérée par la pression, siégeant principalement à la base gauche du thorax (et à la portion supérieure de l'hypochondre gauche). Le ventre n'est ni météorisé, ni tendu ; aucune contracture de la paroi, qui semble souple. Légère dyspnée accompagnée de toux et d'expectoration sans caractère. L'examen de l'appareil respiratoire donne à la base droite quelques râles sous crépitants fins ; à la base gauche, au contraire, sub-matité, obscurité respiratoire, et râles crépitants à grosses bulles assez nombreux.

Au cœur, on constate un souffle extra cardiaque endapexien. Le pouls est tendu, régulier, à 80.

La température est de 38,5, le soir. Les urines sont rares et contiennent un peu d'albumine.

On porte le diagnostic de *congestion pulmonaire* des bases, d'origine grippale.

26 mai. Au soir, en allant à la selle, la malade ressent tout à coup une douleur atroce diffusée à tout l'abdomen avec un maximum net au niveau de l'hypochondre gauche. Les parois abdominales sont, à ce moment, fortement rétractées. Pas de vomissements. Le pouls est bon, la température de 37,5, le soir.

27. On constate l'apparition d'un léger météorisme, avec contracture de la paroi, marquée surtout dans sa portion supérieure ; arrêt complet des matières et des gaz ; anurie, refroidissement des extrémités, pouls misérable ; la matité hépatique n'est point disparue.

Le toucher rectal ne donne rien d'anormal. Au toucher vaginal, col normal, déplissement léger des culs-de-sac. On pense alors que le point de départ de ces accidents pourrait être dans l'estomac, *ulcère ancien, à peu près latent*, n'ayant donné aucun signe pouvant attirer l'attention sur lui, sauf l'hématémèse survenue 10 ans plus tôt ; perforation, prodution d'une péritonite assez circonscrite, grâce aux adhérences préétablies.

« Cette première phase, nous dit notre maître, le docteur Faisans, aurait été marquée seulement par les douleurs du début, la fièvre et l'état congestif des bases (péritonite sous diaphragmatique). Cette péritonite aurait fait ensaite irruption dans la grande cavité, et aurait déterminé les accidents plus alarmants de la seconde phase. »

Le docteur J. Lucas-Championnière est alors consulté ; mais devant l'état si subitement grave de la malade, il conseille de renoncer è toute intervention chirurgicale.

28. Rémission remarquable de tous les symptômes ; le pouls se relève et devient plus lent ; la malade a uriné spontanément, la température du soir est de 38,5. Mais toujours constipation absolue.

29. Même état.

30. Survient un vomissement porracé ; le météorisme augmente ; on constate une matité légère dans les flancs, se déplaçant avec la malade. La matité du foie diminue. Les extrémités sont glacées, pouls misérable, Temp. 37,5.

31. A une heure du matin, aggravation subite de tous les symptômes : météorisme extrême, vomissements porracés continus, hoquet, facies paritonéal, matité hépatique presque disparue. Temp. 36,5. Pouls filant, incomptable. Mort à 9 h. du matin.

Au. Poumons : foyer de broncho-pneumonie à la base gauche. A l'ouverture de l'abdomen s'écoule une petite quantité de liquide brunâtre extrêmement fétide. Les anses intestinales agglutinées, baignent dans ce liquide. En réclinant le côlon transverse en bas, et en soulevant le lobe gauche du foie, on découvre une perforation de l'estomac, siégeant sur la face antérieure, à égal distance des deux courbures, et à 4 centim. du cardia. Diamètre : celui d'une pièce de 0,50 cent.

La perforation vue par la face interne, présente des bords minces et découpés ; elle siège à la limite d'une cicatrice rétractée, représentant un ancien ulcère.

Histologie. — Rien de spécial, on retrouve les lésions ordinaires de l'ulcère rond.

Rem. Cette observation nous semble intéressante par la latence absolue depuis l'hématémèse, survenue 10 ans plus tôt ; par l'état pulmonaire qui apparut seul au début ; par la marche en deux temps de la perforation.

Obs. LXXXIII (Inédite). — Communiquée par M. Cauchoix, interne des hôpitaux. — *U. latent. Perforation, péritonite, mort 20 h. environ après le début des accidents : diagnostic au début : coliques saturnines.* — Homme âgé de 40 ans, maçon. Saturnin avéré, avait déjà eu plusieurs coliques de plomb, liséré de Burton, etc., aucun antécédent gastrique.

Le matin même (20 avril 1900), avait été pris, en pleine santé,

de douleurs abdominales d'une violence extrême accompagnées de vomissements. Cependant il avait pris quelques aliments au moment du déjeuner ; se présente à l'hôpital Tenon vers midi.

A l'examen : Ventre dur, rétracté, uniformément douloureux à la palpation, sans maximum ; une selle le matin même. Pas de température ; pouls, 96.

Diagnostic : *colique saturnine*. Le malade est placé dans un service de médecine, où on lui fait une piqûre de morphine.

Dans la soirée, le malade est repris de douleurs abdominales très intenses ; le ventre, toujours dur, commençait cependant à se ballonner (matité hépatique normale). Pas de vomissements depuis son entrée. Hoquet depuis peu, ainsi que dyspnée accusée. Facies péritonéal, yeux encavés, extrémités froides. Température normale. Pouls très rapide (140). Le malade meurt vers 11 h. du soir, avant que le chirurgien de garde, demandé, ait eu le temps d'arriver.

Aut. Péritonite généralisée, dûe au déversement dans la grande cavité péritonéale du contenu stomacal, par l'orifice d'une perforation arrondie à l'emporte-pièce, du diamètre d'une pièce de 0,50, et due à un ulcus siégeant sur la face antérieure de l'organe, un peu plus près de la grande que de la petite courbure.

Obs. LXXXIV (Inédite). — Communiquée par le docteur Londe. — *Ulcère latent. Perforation. Péritonite suraiguë. Mort en 36 heures.* — 50 ans. A 6 heures du soir, le 16 mars 1903, douleur aiguë, soudaine dans la région gastrique accompagnée de nausées, mais sans vomissements : la douleuu augmentant. il se coucha. Il avait bien déjeuné chez sa fille et était en parfaite santé.

Je le vois à 11 h. du soir, il souffre horriblement, crie, dit « je suis perdu », demande à tout prix à être soulagé.

Le malade autrefois, a eu quelques douleurs vagues dans la région gastrique, depuis longtemps oubliées, mais jamais de

signes, d'ulcère de l'E, ni vomiss., ni hématémèse ou melœna.

Le ventre est dur comme du bois, à cause de la contraction des m. abdominaux ; ni vomissements, ni selles, ni ballonnement, ni sonorité hépatique.

P. fréquent (100 environ) bien frappé ; pas de température. Piqûre de 1 ctgr. de morphine, qui ne suffit pas à l'endormir.

17 mars. Le ventre est toujours dur, tendu, douloureux. P. 120, t. 39° Le malade ne veut pas entendre parler d'opération, bien que je dise à sa femme qu'il est sans cela irrémédiablement perdu, qu'il n'y avait pas une heure à perdre, qu'il était déjà un peu tard, car 12 h. s'étaient écoulées depuis le début.

Je ne revois pas le malade. Mort le 18, à 6 h. du matin, 36 heures après le début des accidents. Pas d'Au.

Rem. Je pensai d'abord à la possibilité de *coliques hépatiques*, mais il n'y avait aucun antécédent. De plus la douleur était diffuse, exquise, et a contracture de la paroi éveillait l'idée de péritonite

Cette péritonite *suraiguë* à début absolument instantané ne pouvait être dûe qu'à une *perforation*, car l'absence complète de vomissements et la localisation initiale de la douleur me faisait écarter le diagnostic d'appendicite ou d'occlusion.

Il ne pouvait donc guère s'agir que d'un ulcère gastrique ou duodénal. L'absence des signes particuliers à ce dernier, la notion de gastralgie légère antérieure que l'on ne me donna qu'après la mort, me font penser qu'il s'agissait certainement d'un ulcère de l'Estomac.

Obs. LXXXV (Inédite). — Communiquée par M. le docteur Londe *Ulcère latent de l'E., dégénéré en cancer latent. Perforation. Mort.*

45 ans, terrassier, alcoolique, entra à Saint-Antoine, salle Bichat, pendant l'absence du docteur G. Ballet, pour des vomissements. Ce malade se portait bien, lorsque brusquement,

pendant son travail, il fut saisi, au creux de l'estomac, d'une douleur assez vive pour le forcer de s'arrêter immédiatement.

A l'examen, le facies est un peu grippé, le pouls assez fréquent, avec fièvre légère ; il y a des douleurs abdominales spontanées, d'intensité moyenne, ait vers la région épigastrique, soit vers le bas ventre.

Pas de défense musculaire, pas de ballonnement, de diminution de la matité hépatique, de constipation. Les garde-robes étaient normales en boudin.

Bien qu'on ne trouve rien du côté de l'appendice, on pense plutôt à une appendicite qu'à une péritoniie tuberculeuse. Aucun signe de tuberculose.

On patiente quelques jours. Cependant le docteur Arrou, qui voit le malade, constate des signes de péritonite subaiguë sans pouvoir en déterminer la cause.

Quelques jours après, il survient un vomissement de débris sphacéliques de la grosseur d'une demi noix. Pas de toux. Aucun signe de localisation pulmonaire : ce n'est pas un séquestre pulmonaire.

Après quelques jours encore, le docteur Arrou intervient, le diagnostic restant douteux et l'état du malade empirant : il trouve une *carcinose péritonéale généralysée.*

Mort plusieurs jours après.

Aut. Pas de gangrène pulmonaire. Ulcère de l'E., d'aspect cancéreux, avec perforation et poche épigastrique.

Rem. Si on compare ce fait aux faits analogues il est légitime de penser qu'il s'agissait d'un cancer greffé sur un ulcère latent.

Obs. LXXXVI. — Gross (F. et G.) *U. méconnu, perforation, péritonite, laparotomie. — Mort 3 j. 1/2 après le début. — Rev. de chir.* 1904, nº 2, p. 137. — H. 29. garçon de ferme, entre le 18 fév. à 4 h. soir à l'hôpital pour douleurs abdominales ressenties depuis 2 jours, et constipation opiniâtre.

Toujours bien portant jusqu'il y a 3 semaines environ, il

souffrait depuis cette époque d'un léger malaise après chaque repas: digestions difficiles, vomiss. tous les jours; mais avait toujours pu, néanmoins, continuer à faire son dur métier de garçon de ferme.

Le 16, vers 10 h. matin, brusquement très vive douleur dans l'abdomen, sans qu'il puisse en préciser davantage le siège. Dans la soirée, elle disparaît complètement; un vomiss; nuit bonne.

17. Resta couché; lait, constipation; nuit bonne.

18. Ne pouvant travailler et se sentant faible, il vient à pied à l'hôpital (6 kil.).

Examen : facies assez bon; respir. courte; répond bien, a toute sa connaissance. Se plaint d'une légère douleur abdominale. Ventre peu ballonné, mais tendu sur la paroi contracturée, en défense, impossible de sentir, on ne peut déprimer la paroi. Palpation pas douloureuse.

Ventre partout sonore à percussion. Matité hépatique légèrement diminuée : un peu de sonorité pré-hépatique ; pas de matité dans les flancs. P. 80. T. 37,2, Appar. respir. normal. Diagnostic hésitant entre *occlusion intestinale et appendicite* bien qu'il n'y ait pas de douleur localisée à droite. Lavement simple et diète.

19. Etat général mauvais : facies anxieux, nez pincé. respir. superficielle. Etat local non changé, sauf augm. du ballonn. à rég. épigastrique. Pas de matité dans les flancs. Sonorité partout. T. 37,8. P. 90. Ni gaz, ni selles.

Diagn : plutôt *occlusion intestinale.*

Opér. à 10 h. : gaz, flot de pus verdâtre ; fausses membranes, appendice sain. Le pus semble venir de plus haut... large perforation de la face antér. de l'E. de 2 fcs. au moins E. rétracté et vide. Durée 1/2 h.

Mort à 6 h. du matin.

Au. Péritonite généralisée : ulcère sur la face antér. dans l'antre prépylorique. à 2 cent. du pylore, diamètre 4 cent. sur 2. Autres organes normaux.

Bactériologie. Présence dans le pus d'un diplocoque d'origine intestin. d'un bacille d'orig. stomacale, d'un blastomycète également d'orig. gastrique. Fait *sans indication* de l'origine du pus, l'examen a permis de faire le diagnostic de sa provenance stomacale.

Obs. LXXXVII. — (Inédite.) — Communiquée par M. Gaudemet, interne des hôpitaux.. — *Ulcère latent de l'E. Perforation, péritonite, opérée 40 h. env. après la perforation. Guérison.* — F. (L. Joséphine), 29 ans, femme de chambre. Toujours bien portante.

En avril 1903, douleurs assez vagues du côté gauche, sans aucun rapport avec l'alimentation ou la digestion, avec irradiations vers l'angle de l'omoplate. A la consultation de l'Hôtel-Dieu, on lui prescrivit des ventouses sèches sur la poitrine, et de l'opium à l'intérieur. Les douleurs cessèrent complètement. Le 15 novembre, les douleurs réapparurent légères à la suite des repas, avec renvois acides.

21. Les douleurs devinrent beaucoup plus vives, et le soir, en se couchant, la malade eut brusquement une sensation de déchirement dans l'hypochondre gauche, avec maximum à l'épigastre. Cette douleur ne semble pas avoir été d'une intensité extrême ; elle s'irradiait vers l'omoplate gauche. Le ventre commence alors à se ballonner, les douleurs augmentent d'intensité. Pas de vomissements ni d'hématémèse ou de melœna. On pensa à une *appendicite* compliquée de péritonite.

23. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 5, à 11 h. matin. Vue par M. Gaudemet à son entrée. Facies bon, langue humide. L'abdomen est douloureux partout, particulièrement dans le flanc gauche. Ventre très ballonné, matité hépatique diminuée, mais non abolie. T. 38°4, pouls régulier à 116. Toucher vaginal négatif.

Diagnostic de MM. Baudet, chef de clinique, et Gaudemet : Péritonite en voie de diffusion, dont la cause n'apparaît pas nettement ; l'origine génitale est éliminée ; l'appendicite est

douteuse à cause la prédominance de la douleur à gauche, la perforation d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum discutable, en raison de l'absence de signes antérieurs du côté de l'Estomac, de l'intensité insuffisante de la douleur à son début, loin du coup de poignard typique, de l'état assez satisfaisant, malgré le début des accidents sérieux deux jours avant.

On se contenta alors de repos, de diète et de glace.

A 5 h. du soir, facies grippé, langue moins humide, et, surtout 38°6 et pouls à 140.

Laparatomie immédiate.

Œdème de la paroi, issue de pus et de gaz non fétides, l'appendice est sain. On regarde dans la partie supérieure de l'abdomen. Des bulles de gaz s'échappent à travers le liquide ; ce qui permet à MM. Baudet et Gaudemet, de *confirmer* le diagnostic de perforation de l'E. La perforation, difficile à découvrir, siège à la face antér., sur la grosse tubérosité, près de la grande courbure. Suture, drainage.

Le lendemain à midi, prend du lait par la bouche. Guérison.

Remarque. M. Gaudemet nous fit remarqner au point de vue clinique. La lenteur de l'évolution!

L'importance de la pneumatose péritonéale qui, pour lui, permettait presque d'éliminer l'appendicite.

L'alimentation stomacale précocement reprise, à la condition d'être fréquente et peu abondante à la fois.

Obs. LXXXVIII (inédite) communiquée par MM. Mauclaire prof. ag. et C. Simon. — *U. latent de l'E. Perforation, péritonite ; mort 16 heures après le début des accidents.* — H. 29, maçon, travaillait encore dans la nuit du 13 au 14 juin 1904. Il se couche pendant la journée du 14 pour se reposer et pouvoir reprendre son travail la nuit suivante.

Subitement, *en pleine santé*, le 14, à 9 h. du soir, il est pris d'une violente douleur dans le ventre, en un point qu'il ne peut préciser. Il vomit toute la nuit des matières verdâtres. Rétention absolue de matières et de gaz.

Il est amené à l'Hôtel-Dieu, et vu par M. Clément Simon, interne du service du professeur Le Dentu.

Malade à mauvais facies asphyxique, bleuâtre, langue un peu humide, mais froide. Pouls absolument incomptable, à peine perceptible, T. 36°4 axillaire.

A l'examen, ventre plat, douleur dans tout l'abdomen sans localisation précise, et d'ailleurs pas trop violente. L'exploration est possible. Le ventre est peut-être un peu plus sensible dans la fosse iliaque droite. Sonorité partout, moins cependant dans la fosse iliaque droite. Matite hépatique normale. Ventre dur partout, mais sans excès.

La teinte asphyxique de la face se retrouve sur les membres et remonte jusqu'à la racine de la cuisse.

Le malade répond nettement aux questions qu'on lui pose et a conservé toute son intelligence.

Il est possible de savoir qu'il a eu autrefois des crises gastriques vagues, dont il ne peut pourtant préciser le caractère.

Devant la gravité de l'état général, M. Le Dentu pense qu'une intervention même sans anesthésie ne serait pas supportée. Traitement : sérum, caféïne.

Le malade meurt le 15, à midi 50, à peu près 16 heures après le début des accidents.

Au. Le 17, à 9 h. du matin. Péritoine inondé de liquide jaunâtre en grande quantité. Anses intestinales ballonnées et extrêmement vascularisées. Par places, dépôts floconneux sur l'intestin. Sur la petite courbure de l'estomac, petite perforation de la forme et de la dimension d'une lentille.

Ouverture de l'estomac : la perforation siège au centre d'un ulcère typique, en amphithéâtre.

L'examen histologique, en raison de l'état avancé de décomposition du corps, n'a pu être fait.

Obs. LXXXIX (personnelle). — *Tuberculose pulmonaire. Ulcère de l'estomac latent ayant déterminé une perforation, un abcès sous-diaphragm., puis péritonite généralisée et mort.*

— (G.-A.) F..., sans profession. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, lit nº 22, le 24 octobre 1903. Aurait eu, il y a cinq ou six ans des troubles gastriques pour lesquels elle suivit un régime pendant quelques mois. Se plaint de tousser et de cracher depuis assez longtemps sans pouvoir préciser. Depuis trois mois, elle a maigri peu à peu, en même temps qu'elle s'affaiblissait ; puis, dans le dernier mois, son ventre a grossi et est devenu un peu douloureux ; depuis lors, une diarrhée presque continuelle a remplacé l'état antérieur, caractérisé par des alternatives de diarrhée et de constipation ; de même, vomissements muqueux, quelquefois alimentaires.

Elle entre à l'hôpital avec le diagnostic de *cachexie carcinomateuse.*

A l'examen pas de dyspnée, toux fréquente, émétisante quelquefois, crachats purulents, dans lesquels on trouve des bacilles de Koch. Le poumon droit ne présente rien à l'auscultation, sauf une légère diminution du murmure vésiculaire ; mais au sommet gauche, on trouve nettement des signes d'infiltration peu avancée. Rien au cœur. L'abdomen est légèrement météorisé, douloureux à la pression, très sonore en certains points, submat en d'autres, avec une sensation assez nette de résistance, de gâteau. Réseau veineux sous ombilical assez développé. Le foie et la rate ne présentent rien d'anormal ; urines normales. Diarrhée extrêmement fréquente ; matières liquides, jaunâtres, sans lientérie et presque sans odeur.

Diagnostic : *Entérite* et *péritonite tuberculeuses.*

L'on donne à la malade 400 gr. de viande crue et de l'eau comme boisson ; sa diarrhée diminue pendant quelques jours puis reprend son intensité du début.

La malade décline peu à peu et se cachectise de plus en plus, sans grands changements stéthoscopiques.

Le 16 nov., à 5 heures, était mieux, n'avait pas eu de diarrhée depuis 3 jours, et se sentait un peu d'appétit. Dans la nuit, à une heure du matin, est prise d'une douleur violente, sans maximum appréciable. Son ventre se ballonne énormément,

diminution légère de la matité hépatique ; nausées violentes, mais pas de vomissements ; pas de selles depuis la veille au matin.

La température qui oscillait depuis le début entre 37,2 et 38, est à 37. Le pouls très rapide, est presque filiforme, la malade tombe dans le collapsus et meurt à 9 h. du matin.

Au. A l'ouverture : gaz dans l'abdomen, liquide louche peu abondant, pas de débris alimentaires appréciables. La face postérieure du foie, l'estomac et le duodénum sont agglutinés par des fausses membranes organisées sans lésions tuberculeuses.

En soulevant l'E. et le duodénum, après la section du grand épiploon, on trouve des adhérences fortement établies, avec une perforation de la grandeur d'une pièce de 2 francs donnant sur la grande cavité péritonéale. En décollant ces adhérences, on pénètre dans une cavité assez grande (tête de fœtus) contenant un liquide louche abondant ; elle communique largement avec l'estomac. La perforation de celui ci, irrégulièrement arrondie, offre presque le diamètre d'une pièce de 5 francs. Ses bords sont légèrement épaissis, creusés en entonnoir s'ouvrant vers l'intérieur.

Les parois de l'E. sont altérées sur une étendue bien supérieure à celle de la perforation. Elle siège sur la face postérieure, près de la petite courbure, à quelques centimètres du pylore.

Le foie, un peu gros, est normal, ainsi que l'intestin. Les reins présentent des lésions de néphrite aigue assez prononcés. Le cœur est normal. On trouve des lésions d'infiltration tuberculeuse au sommet du poumon gauche.

Rem. Il semble qu'on se trouve ici, sans pouvoir l'affirmer, en présence d'une perforation de l'E. siégeant sur un ulcère méconnu, survenu chez une tuberculeuse.

Obs. XC — Thompson. — *Diagnostic faux de perfor. d'U de l'E.,* 3 *plaques gangr. du jéjumum, dues probablement à une thrombose mésentérique. — Lancet, 1900, 1 p. 1007.* — *F.* 23. Antéc. hérédit. : Tuberculose. Toujours bien portante, jusqu'à il y a cinq semaines environ, où elle commence à souffrir de l'estomac ; c'était, au début, lassitude et flatulence après les repas avec nausées et inappétence ; puis se plaint de doul. d'abord au creux de l'estomac, s'étendant ensuite au *dos* : elles commencent peu après les repas, durent deux heures et sont fréquemment suivies de vomiss., jamais de constipation.

Une heure après le souper suivi de la lassitude et de la doul. habituelles, cette doul. épigastrique devient subitement violente avec vomiss. de sang noir et rouge, comme d'une hémorragie. La doul. fut plus violente pendant la nuit et devint plus diffuse ; l'épigastre et la portion supér. du ventre, surtout à gauche, étaient distendus, rigides, tympaniques à la perc ; matité hépatique normale.

La malade est admise à l'hôpital et opérée quatorze heures après la perforation supposée. A ce moment (avant l'opération) tous les symptômes s'aggravent. T. 102, P. 142 faible. Resp. thoracique 34.

Opération. La rigidité des muscles droits persista même sous l'anesthésie, la face antér. de l'estomac est normale. Avant de rechercher plus avant la perforation, on pense à examiner la portion supér. de l'abdomen et on trouve une anse du jejumum très congestionnée et portant deux plaques gangrenéss entourées d'une troisième. Ces plaques ne sont pas perforées, ce qui eut été inévitable si l'opération avait été retardée. Résection, bouton de Murphy. lavages salés... guérison.

Remarque : Tous les signes étaient en faveur d'une perfora-

tion d'ulcère de l'estomac, antécédents, soudaineté de l'attaque, localisation de la doul., etc, sauf la conservation de la matité hépatique. La lésion était probablement dûe à une trombose mésentérique.

Obs. XCI. — Chapman *Lancet*, 1901, I, p. 1220. *Hématémèses profuses et signes de perforation d'un ulcère de l'E. sans aucun signe à l'autopsie.* — F. 27, avait été soignée pour ulcère depuis dix-sept semaines, deux jours avant avait vomi un bassin entier de sang, entre à l'hôpital pour faiblesse extrême et vomissements constants ; n'a pu rien prendre par la bouche depuis deux jours sauf de la glace. Pouls 120, abdomen tendu dans la partie supér. qui est un peu rigide et rétractée, lav. nutritifs pendant deux jours ; un peu de lait par la bouche donne des vomiss. Le 6 déc. a une doul. soudaine suivie de vomiss., à 3 h. distension et grande rigidité de la paroi abdom., mat. hép. complètement disparue. Collapsus et sueurs froides.

Diagn. : *perforation d'un ulcère de l'estomac.* Opér. à 5 h. l'après-midi ; l'estomac entier est sorti de l'abdomen et ne présente rien d'anormal. La recherche de la perfor. sur un autre viscère est négative. Fermeture de la plaie, sérum. Pas de mieux, mais vomiss. marc de café. Mort le 9 au matin.

Aut. Le tube digestif examiné de l'œsophage à l'anse sigmoïde ne présente ni ulcère ni même exulcération ; dans l'estomac, matières brunes noirâtres et caillots. Aucun signe de péritonite. On trouve de légères lésions dégénératives à l'aorte et à la valvule aortique ; on pensa à une *artérite syphilitique* et que la rupture d'un petit vaisseau de l'estomac était la cause de l'hémorrhagie. Mais la cause de la dernière attaque simulant une perfor. de l'E. resta inexpliquée.

Obs. XCII. — Parry (*Wilson*). — *Phénomènes hystériques simulant une perforation de l'E.* — F. 21. Le docteur est subitement appelé auprès d'elle le 2 janv., pour crises douloureuses·

Elle était très nerveuse, et avait eu, 4 ans auparavant, dès signes qui avaient fait penser à un ulcère de l'E. « Je parle des symptômes de la perioration à sa mère *devant elle* ce qui est insensé ». Est rappelé quelques heures après auprès de cette malade, qui présentait alors une douleur violente dans la région épigastrique, contracture des muscles abdom., pas de distension abdominale ; vomiss., pouls rapide et petit, facies angoissé, cris dès qu'on feint de la toucher... Le diagnostic resta incertain quelques instants...

STATISTIQUES

Relatives aux observations précédentes.

Nombre des observations : 88.

ÉTIOLOGIE

	Hommes.	Femmes.
Nombre :	29 ou 1/3.	59 ou 2/3
Âge maximum	55	60
— minimum	18	15
— moyen	sur 19 : 34	sur 55 : 27
Professions	sur 14 notés :	sur 22 : 17 *servantes*.
	5 g. de café ou de mag.	
	4 laboureurs.	
Antécédents. Ethylisme	9 certains.	1 fois noté.
Antécédents pathologiq.	sur 29	sur 59
Rien.	21	20
Malaises. Lég. doul. apr. repas, indigest. cramp.	6	23
Hématémèses	»	2
Anémie, troubl. menstr.	»	14
Heure du début	4 fois ap. le rep. de midi.	13 fois ap. le rep. de midi, de 1 à 3 h. ap.
	1 — le matin.	2 fois le matin.
		3 — la nuit.
Causes notées	variables.	plus souvent en se baissant ou en balayant.

Anat. Path. — *Nombre des Ulcères :* sur 88 : 2 u : 14 fois.
3, 4, 5 : 1 fois.

Siège de la perforation.

Face antérieure : 60 fois. *Face postérieure* : 12 fois.

Près de la petite courbure, 13. — 4
— de la grande courbure, 4. — 1
— du cardia, 15. — 5
— du pylore, 10. — 2

6 de ces perforations antérieures et postérieures ont été des perforations doubles.

Petite courbure : 16 fois (dont 3 près pylore, 3 près cardia).

Double perforation . (8 obs. sur 88 cas).

Une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure :

V. Franque (17) ; Sayle (37) ; Pasteau (45) ; Begorein (53) ; Page (56) ; Bourlot (68) ; Dieulafoy (69).

Toutes deux à la face antérieure :

Dieulafoy et Kahn (70).

Ouverture dans le péricarde : Guttmann (25) ; Fenwick (54).

— *dans le poumon* : Dalton (75).

Coexistence d'un ulcère du duodenium : 1 fois, West (30).

CLINIQUE

Point doulour. au début, et *maxim. de la douleur* (sur 38).

Epigastre, 12 fois. Région sus-ombilicale, 3 fois.
Hypochondre gauche, 7. Hypochondre droit, 2.
Fosse iliaque droite, 7. Région lombaire, 1.
Ombilic, 5. Région précordiale, 1 (Dalton obs. 75)

Irradiations à l'épaule et au *bras gauche*, notées 7 fois.

Signes abdominaux *du début.*

(Sur 35 obs.) *Ventre* : ballonné léger, 8 ; tendu, 9 ; rétracté, 6 ; dur, 4 ; normal, 8.

Matité hépatique (sur 13 obs.) : normale, 11 ; disparue, 2.

Vomissements du début (sur 48 obs.) : au début (1 ou 2), 21 ; pas du tout, 20 ; tout le temps, 7.

Constipation : 17 ; *diarrhée* : 2.

Urines.

Vomissements (ceux de la péritonite consécutive ne sont pris au début seulement (1 ou 2), 15 fois.

Pas de vomissement, 24.

Pendant tout le temps, 12.

Vomissements biliaires, alimentaires, fécaloïdes, 4.

Urines. (11 obs.) Elles sont normales 6 fois ; avec légère albumine, 2 fois ; rétention, 3 fois ; incontinence, 1 ; anurie, 1.

Température, au début, entre 37° et 37°9.

Pouls, fréquence moyenne 108.

Agitation extrême notée dans presque toutes les observations.

Diagnostic : erreurs (sur 33 obs.).

Appendicite, 11 fois.	Coliques de plomb, 2 fois.
Occlusion intestinale, 5.	Gastralgie, 3.
Empoisonnement, 3.	Hystérie, 1.
Pleurésie purulente, 3.	Coliques menstruelles, 1.
Coliques hépatiques, 2.	Salpingite, 1.
	Coliques néphrétique, 1.

Durée entre le début des accidents et la mort, de quelques instants à 48 heures (perforation aiguë) :

sur 28 femmes, la moyenne est de 26 heures et demie.

sur 13 hommes, — 20 heures et demie.

(Sur ces 48 cas, la mort est survenue 22 fois dans les 24 heures.)

CONCLUSIONS

Anat-pathologique. — La perforation de l'estomac dans les ULCÈRES LATENTS ou MÉCONNUS, est surtout la conséquence de l'ulcère de la *face antérieure* de l'estomac près de la *petite courbure.*

Le diamètre moyen de la perforation est celui d'une pièce de cinquante centimes.

Elle donne presque toujours lieu à une *péritonite généralisée* immédiate.

Étiologie. — Elle se rencontre deux fois plus chez la *femme* que chez l'homme.

L'âge moyen est de *27 ans.*

L'éthylisme chez l'homme, la chloro-anémie chez la femme, se trouvent souvent dans les antécédents.

Elle est surtout l'apanage des professions *fatigantes* : garçons de café, travailleurs de la terre, *servantes.*

Il existe presque toujours des *symptômes gastriques méconnus* (douleur surtout). La *cause* peut être un repas copieux, un choc, un mouvement brusque, la terminaison de la digestion ; mais il n'y a souvent *aucune* cause apparente.

Clinique. — Le début a lieu, le plus fréquemment, de une à trois heures après le repas de midi.

La douleur est soudaine, intense, avec maximum à l'épigastre ; elle s'accompagne de tension des parois ; l'absence de vomissements et de fièvre est habituelle ; la disparition de la matité hépatique est rare.

Le facies est altéré, péritonéal, presque aussitôt (une ou deux heures après le début).

L'agitation est extrême.

Diagnostic. — Les meilleurs signes positifs de la perforation de l'estomac, sans anamnèse, sont : la brusquerie, l'intensité, la localisation épigastrique de la douleur, la tension des grands droits, la sonorité hépatique précoce.

Les meilleurs signes négatifs en sont : l'absence de vomissements, de hoquet, de fièvre.

Les erreurs les plus fréquentes se font avec l'*appendicite*, l'*occlusion intestinale* ; puis l'*empoisonnement* et les *coliques de plomb* (sans compter la perforation duodénale, à peu près impossible à différencier à l'heure actuelle).

Dans toute péritonite suraiguë ayant débuté brusquement, avec douleurs violentes, il faut penser à la perforation de l'estomac après celle du duodenum, chez l'homme, ou de l'appendice chez l'enfant ; à la perforation de l'estomac *avant tout*, chez la jeune femme.

Pronostic. — Sans intervention, c'est la mort, en une moyenne de vingt-six heures et demie chez la femme et de vingt heures et demie chez l'homme.

Il sera d'autant meilleur que le diagnostic sera fait *plus tôt* ; ce qui permettra à l'opération, seul moyen thérapeutique, d'être précoce.

Le médecin doit être persuadé que *seule*, une intervention précoce peut sauver le malade : la temporisation c'est la mort.

Il décidera immédiatement l'opération : elle ne doit pas être discutée, car il n'y a aucune comparaison entre les dangers d'une laparatonie par erreur et ceux d'une perforation méconnue.

Au point de vue médical, le nombre des perforations (et des hémorragies) diminuera certainement de beaucoup, à mesure que les ulcères de l'estomac *méconnus* seront moins nombreux et traités à temps par la médecine ou par la chirurgie.

Vu : Le Président de la Thèse,
A. CHANTEMESSE

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Le nom de l'auteur d'une des observations recueillies dans cette thèse est précédé d'un numéro correspondant.

1803. *N° 1.* Gérard. — Perforations de l'estomac.

1815. *2.* Gastellier. — Perforation de l'estomac. Paris. J. de Médecine et de Chirurgie, t. 33, p. 24.

1819. Lainé.—Thèse, Paris (sur diagnostic de l'empoisonnement).

1823. Alibert.—in Thèse Roux, Montpellier (sur vomissements dans péritonite par perforation de l'estomac.)

1831. *3.* Duparque. — Perfor. de l'est. Acad. de méd. 24 mai.

4. Ubersal. — *Idem.* Arch. de méd., t. XXIV.

1834. *5.* Moore. — London med. and. surg. j.

1838. *6.* Cruveilhier. — Revue méd., t. I, p. 353.

1842. *7.* Lefèvre. — Archives de médecine, t. 14, p. 415.

8. Rejon. — Rapportée par Lefèvre.

Rokitanskg, — Archives de médecine.

1844. *9.* Peste. — Société anatomique, p. 295.

10. Morici. — Archives de Médecine, t. V, p. 221.

1854. *11.* Forget. — Bull. de la Soc. méd des. hôp., p. 315.

1858. *12.* Trousseau. — Clinique de l'Hotel-Dieu, t. 3, p. 88.

1863. *13.* Cockle. — Thèse Lancet, t. 1, p. 465.

1866. *14.* Bernier. — Bulletin Société anatomique, p. 97.

1867. *15*, *16*, *17*. Von Franque. — Trois cas de perforations de l'estomac (Wiener méd. Presse, p. 289.
1869. *18*. Bell. — Edimburgh méd. J., p. 775.
1870. Brinton. — Traité des maladie de l'estomac.
1873. *19*. Landouzy. — Bulletin Société anatomique, p. 651.
1877. *20*. Grasset. — (Perforation simul. *empoisonnement*). Ann. d'hyg., Paris, t. 48, p. 85.
21. Maygrier. — Soc. anat., avril, p. 321.
1879. *22*. Talamon. — Société anatomique, p. 371.
1880. *24*. Garland. — Boston méd. and. surg. J., p. 351.
23. Lacey. — Lancet, 24 avril, t. I, p. 643.
25. Guttmann. — Ulc. latent, déterm. un *pneumopéricarde*. Berlin Klin. Woch., n° 16, avril, p. 21.
1883. *26*. Battams. — Brit. méd. J., p. 862.
27. Ebstein. — Wiener méd. Blaetter. in Shück, p. 34.
Baptiste. — Des morts orbites ou rapide, Thèse Lyon.
1884. *28*. Good. — Med. press. and. circular. London, p. 529.
1880. *29*. Westbrook. — New-York med. J., p. 447.
30. West. — Med. press. and circular, I. p. 75.
1887. *31*. Quinlau. — Lancet, p. 267.
1889. Archangouni Utudjan, in th. Paris.
1890. *33*. Creswell. — Lancet, t. II, p. 457.
34. Naunyn, in Struck : Beitrag zur Sympt. des Perfor. péritonitis, im Gefolge des Ulcus Ventriculi perforans. Berlin, p. 38.
35 et *36*. Walther. — Soc. anatomique, p. 441 et 466.
1891. *37*. Jayle. — Soc. anatomique, novembre.
G. Méhier. — Perforations et ruptures spontanées de l'estomac. Th., Lyon.
1892. *38*. Potier. — Soc. anat., juillet, p. 597.
Mathieu. — Ulcère rond latent, perforation. Arch. gén. médec., I, p. 525, voy. p.
Debove et Renault — Ulcère de l'estomac (Bibl. Charcot-Debove.)
1893. *39*. G. Barling. — Brit. med. j., t. I. p. 1258.

40. Recht. — Soc. anat., 17 mars.

41. Hood. — Lancet, I, p. 1256.

Brayer. — Contrib. à l'étude de la perforation dans l'ulcère de l'estomac, th. Paris, 1892-93.

Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac.

1894. *42.* Kelimack. — Brit méd. London, II, p. 914.

1895. *43.* Lucke.

44. Pasteau. — Soc. anat. 25 nov. p. 740.

45 et *46.* Schuchardt. — Arch. fur Klin. chir., t. 50, p. 615.

Pariser. — 15 cas de guérison spontanée. Berlin. Klin. Woch, n° 23, p. 510, 10 juillet.

Chapt. — Contrib. à l'étude de l'ulc. de l'est. et de son traitement, th. Paris.

1896. *47.* Thompson. — Lancet, II, p. 13.

48. Diriart et Appert.

49. Leblanc. — Gastrorrh. et perfor. dans l'ulc. de l'est. th. Paris, p. 51.

Choppin. — De la perforation de l'estomac dans les ulcères latents. Th., Paris.

Michaux. — Soc. de chirurgie, 11 mars (et congrès de chir., 1894.)

1897. *50.* Morély. — Soc. anat., décembre, p. 904.

51. Héresco et Claisse. — Soc. anat., janv., p. 32.

52. Begouin. — S. méd. de Bordeaux, 24 janv., p. 45.

53. Kirkpatrick. — Practitionner, t. LIX, p. 158.

Le Dentu. — Diagn. et trait. des perfor. spontanées de l'est. Bull. acad. méd., p. 532.

Dieulafoy. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1897-98, 5e leçon p. 81.

Savariaud. — De l'ulc. hémorr. de l'est. et de son trait. chirurg. (pour l'*étéologée*), th. Paris, 1897-98.

Souligoux. — Soc. anat., juillet, p. 640 (perfor. duod. prise pr. *col. plomb*).

Broadbent. — De la perfor. dans l'ulc. de l'est., analyse de 50 cas. Brit. med., 30 oct., p. 1254.

Brouardel. — Traité de la mort subite, p. 311.

1898. *54.* C. Fenwick — Ulc. latent, déterm. une perfor. du *péricarde*. Lancet, II, p. 388.

55. Auffray. — Ulcère latent, perfora. th. Paris, p. 41.

56. Page. — Lancet, I, p. 930.

57. Benham. — Lancet, II, p. 1477.

58. Symonds. — Lancet, II, p. 1478 (et laparot. pour crises de *gastralgie hystérique*).

59. Buchanan. — Lancet, I, p. 579.

Toogood. — Disparition de la matité hépatique *sans perforation*. Lancet, II, 1477.

Philipps. — Sur la *matité hépatique*. Lancet, II, 1477.

Spencer. — Le *pouls* dans la perforation. Lancet, II, 1477.

Hawkins. — Guérison *spontanée* après signes de perforation. Lancet, II, 1476.

Fowler. — Guérison spontanée après signes de perforation. Lancet, II, 1476.

Wallis. — De la perforation. Lancet, II, 1477.

Guinard.

Bennet. — Ulcère de l'estomac perforé sans rupture (diagn. avec *salpingite*). Lancet, I, 565.

1899. *60.* C. Mondy. — Lancet, t. II, p. 489.

61. Croisier. — Soc. Anat., mai, p. 431.

62. Cornil. — Soc. Anat., mai, p. 434.

63. Laubry. — Soc. Anat., déc., p. 1075.

64. Bruandet. — Soc. Anat., déc., p. 1076.

65. Philipps et Sincock. — Lancet, I, p. 833.

66. Florand. — Bull. Soc. méd. hôp. Paris, p. 296.

Maclaren. — Lap. pour ulc. latent perf. guér. Lancet, 2, p. 1094.

1900. *67.* Verdelet. — J. de méd. de Bordeaux, p. 129.

68. Bourlot. — Soc. Anat., mai, p. 472.

Mitchell. — Brit. méd, I, 567 (Siège anormal de la douleur).

Griffiths. — Brit. méd., I, 572 (Importance de la localisation douloureuse).

Robson. — Lancet, I, 747 (le *thrill.*). Diag. avec *rupt. de gross. extra* utér. Lancet, I, p. 1007.

Thompson. — Diagn. faux de perf. d'ulc. de l'est. (gangrène du jéjunum par thrombose mésentérique). (V. p. 216).

Stewart. — Lancet, II, 1134 (Laparot. pour crises de *gastralgie hystérique*).

1901. *69-70.* Dieulafoy. — Manuel de pathol. interne, t. II, p. 323.

71. Faure. — Cliniq. chir. de la Charité. Semaine médicale, p. 25.

72. Maunsell. — Brit. méd, t. I, p. 693.

73. Horrocks. — Brit. méd, t. I, p. 696.

74. Shettle. — Brit. méd, t. I, p. 1137.

75. Dalton. — Brit. méd, t. I, p. 1206.

76. Bidwell. — Brit. méd, t. I, p. 1206.

Glitsch. — Lésions perforantes de l'estomac au point de vue médico-légal. Allg. méd. central. Zeit. Berlin, 70.

Chapman. — Signes de perfor. d'un ulc. estomac, sans *aucun signe à l'autopsie*. Lancet, I, p. 1220. (Voy. p. 217.)

1902. *77.* Horford. — Lancet, I, p. 670.

78-79. Howitt. — New-York med., 14 janv.

Nixon. — Brit. méd, t. I, 1145 (Sur *causes occasionnelles*).

Heaton. — Brit. méd, t. II, 96 (Difficultés du *diagnostic*).

Smith. — New-York med, 14 janv. (Signes de perfor. opér., *rien* nulle part), voy. p. 45.

PATEL. — Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle, Paris.

PETERSEN.— Munch. med. Woch, 7 janv. (Diagn. avec *Pancréatites*).

PICQUÉ et GRÉGOIRE. — Soc. de chir., janv. (Diagn. avec *embolies mésentériques*).

OTT. — Munch. med. Woch, 3 avril (Diagn. avec *embolies mésentériques*).

1903. *80.* FOLET. — Echo médical du Nord, 3 mai, p. 205.

STEVEN et ALLAN. — Brit. med, t. II, p. 98 (*Sonorité hép.* sans perfor. De la *leucocytose*).

GIBBON. — Médical Record (Diagn. avec *douleur menstruelle*).

GAUDEMET. — Des péritonites septiques diffuses dans les perfor. d'ulc. est. et duod. Arch. gén. méd., p. 154.

JEANNE. — La péritonite généralisée par perfor. d'ulc. de l'est. Normandie méd., nos 19 et suiv.

1904. *86.* GROSS (F. et G.). — Perfor. de l'est. par ulcère. Revue de chir., nos 2 et suiv.

VILLARD et PINATELLE. — De la perfor. des ulc. de la petite courbure (perfor. hautes). Rev. de chir., p. 708.

GUIBAL. — Ulcère perforant de l'estomac. Rev. chir., no 2, p. 262. (Diffic. de l'*anamnèse*).

AITKEN. — Brit. med, t. I, 665 (*Récidive* de perfor.).

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE).